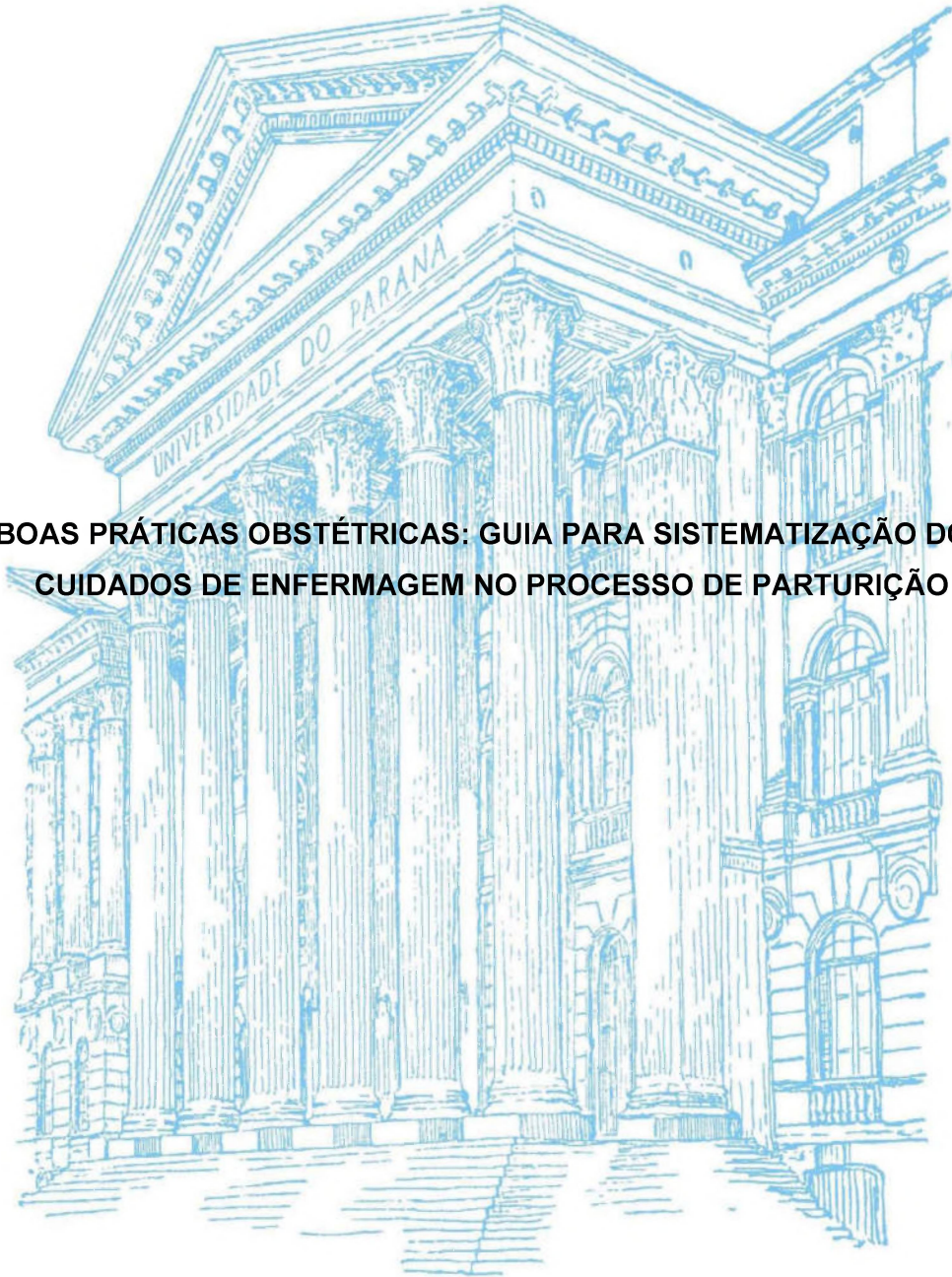


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANA APARECIDA PILER

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**



CURITIBA

2018

ADRIANA APARECIDA PILER

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Prática profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2018



Piler, Adriana Aparecida

Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição /  
Adriana Aparecida Piler – Curitiba, 2018.  
166 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Parto humanizado. 4. Trabalho de parto. I. Wall,  
Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ADRIANA APARECIDA PILER** intitulada: **BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: Guia para a Sistematização dos Cuidados de Enfermagem no Processo de Parturição**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

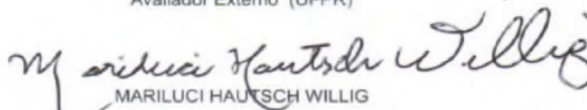
Curitiba, 12 de Junho de 2018.

  
MARILENE LOEWEN WALL

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Externo (UFPR)

  
MARILUCI HAUTSCH WILLIG

Avaliador Interno (UFPR)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo, pois, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, muitas vezes acarretando sobrecarga de trabalho, se organizaram durante os plantões e fizeram-se presentes durante a realização das oficinas, os quais enriqueceram as discussões, compartilharam conhecimento e contribuíram com a construção dos protocolos assistenciais para a mulher em processo de parturição.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo seu infinito amor, por sempre estar presente em minha vida, me inspirar, guiar e fortalecer em toda esta caminhada. Creio em Ti mais que tudo.

À minha **família** que amo tanto e por ser meu porto seguro. Em especial aos meus pais **Maria e Devanir**, pelo amor incondicional e pela educação a mim dispensada. Minha mãe, exemplo de mulher virtuosa, grande responsável e incentivadora pela minha trajetória na enfermagem e por sempre interceder por mim em suas orações. Às minhas **irmãs Rosana e Silvana**, por terem alegrado minha vida, presenteando-me com meus sobrinhos **Maria Eduarda, Gustavo e Rafaela**, os quais amo como meus filhos. Agradeço em especial à minha **irmã Rosana**, minha parceira de toda a vida, inclusive de profissão, juntas vivenciamos todas as dificuldades, angústias e alegrias durante toda a formação técnica e superior, por você tenho imensa admiração como pessoa e profissional, obrigada por todo o apoio durante esta etapa da minha vida.

Ao meu amado **esposo Vanderson**, por cuidar de mim em todos os momentos e assumir inúmeras tarefas para que eu pudesse ter mais tempo para estudar e conseguir concluir com êxito este estudo. Obrigada pelo companheirismo, por ser meu alicerce, presente de Deus e razão do meu viver, te amo por toda a vida.

À minha orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Loewen Wall**, que foi a luz que me guiou nesta trajetória acadêmica para concretização deste estudo. Só tenho a lhe agradecer pela serenidade, dedicação, carinho, incentivo e principalmente por sempre demonstrar otimismo, amenizando assim os momentos de angústia que me permearam. Tens o dom de ensinar e a admiro imensamente.

Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, titulares, suplentes e membro em formação, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiane Herreira Trigueiro, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariluci Hautsch Willig, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Maria Schefer Cardoso, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Dda. Deisi Cristine Forlin Benedet**, primeiramente por aceitarem o convite e por disponibilizarem tempo para leitura e contribuir com o aprimoramento deste estudo, minha gratidão e admiração.

À **Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Hermann**, por aceitar participar da banca examinadora de qualificação e pelas considerações relevantes ao projeto de dissertação, muito obrigada.



À **Prefeitura Municipal de Colombo**, representada pela coordenadora da Atenção Básica **Adriana P. Cordeiro**, que permeou o processo de concessão de liberação para realização do Mestrado, contribuindo na minha formação profissional.

Ao **Complexo Hospital de Clínicas** pela oportunidade da realização deste estudo. À **UMI**, à **Dr.<sup>a</sup> Dulcimary Dias Bittencourt** e ao **Enf.<sup>o</sup> Me. Edinaldo Silva de Oliveira** pela autorização e incentivo para condução da pesquisa. À **Enf.<sup>a</sup> Dda. Flávia Lopes**, supervisora de Enfermagem da UMI por todo o auxílio durante o estudo e também nos momentos em que passei por dificuldades pessoais. À **Enf.<sup>a</sup> Esp. Raquel Colaço**, chefia imediata do CCOG, pelo incentivo. À **Enf.<sup>a</sup> Me. Maria Aparecida Zanellato**, **Enf.<sup>a</sup> Esp. Raissa Almeida Ramos** e **Enf.<sup>a</sup> Me. Rute Barbosa**, pela amizade, apoio e companheirismo em cada etapa e principalmente durante a coleta de dados.

A todos os **Profissionais de Enfermagem do CCOG** que participaram do estudo, minha imensa gratidão pela maravilhosa experiência vivenciada.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado Profissional da UFPR**, em especial a todos os docentes que proporcionaram significativos momentos de aprendizado.

Ao **grupo de Pesquisa NEPECHE**, pela forma carinhosa como fui recebida e pela importante experiência de compartilhar conhecimentos. À **Enf.<sup>a</sup> Me. Mariana Bertotti Mendes Nunes** pela troca de experiências. Em especial à **Enf.<sup>a</sup> Me. Juliane Dias Aldrighi**, me faltam palavras para lhe agradecer, obrigada pela parceria, companheirismo, pelos esclarecimentos das dúvidas, por me incentivar nos momentos de desânimo e por dividir comigo seus conhecimentos de forma tão carinhosa e sempre com disposição.

Aos **amigos e colegas da turma do Mestrado**, foram enriquecedores todos os momentos que passamos juntos.

À **equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Mulher** do Município de Colombo, com os quais tive o imenso prazer de trabalhar durante longos sete anos da minha carreira e que estiveram presentes no início da minha caminhada no Mestrado, agradeço pela compreensão e apoio. A **todos os profissionais da Unidade de Saúde CAIC**, com os quais estou tendo o prazer de trabalhar há mais de um ano, minha gratidão pela compreensão e incentivo.

A todos os colegas e amigos, pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram, acreditaram e torceram por mim.

## EPÍGRAFE

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.  
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.  
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.  
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.  
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte do saber.  
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

**Introdução:** O processo de parturição passou por mudanças nas últimas décadas, sendo institucionalizado e abordado como um processo patológico. Porém, com a compreensão de que o parto não deve ser determinado somente pelas evidências científicas e pelo excesso de intervenções muitas vezes desnecessárias, mas que deve ser também determinado pela individualidade e necessidade da mulher, tornando-a protagonista e garantindo-lhe a humanização deste processo, surgiu a inquietação no que tange aos cuidados de enfermagem em relação às boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Nesse sentido, elaborou-se a questão norteadora: Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

**Objetivo:** Construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

**Metodologia:** Para delineamento metodológico deste estudo utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial, realizada em um Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico de um hospital universitário do Sul do Brasil, no período de 6 de junho de 2017 a 31 de agosto de 2017. Contou com a participação de 36 profissionais de enfermagem que prestavam assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição. A coleta de dados se deu por meio de oficinas temáticas, com apoio de um roteiro norteador, e utilizou-se nesta etapa o processo denominado Quatro Erres (Rs) proposto por Trentini e Paim (2014). Para análise dos dados foram seguidos os seis passos de John W. Creswell (2010), e foi apoiada com uso do *software* Iramuteq, em que se empregou o método da classificação hierárquica descendente (CHD).

**Resultados:** Identificaram-se seis classes distintas; para cada classe atribuiu-se uma nomenclatura derivada da análise aprofundada, e denominaram-se: Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições; Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição; Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho; Classe 4 – Processo de Nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer; e Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição. **Considerações finais:** Foi possível evidenciar neste estudo que os profissionais de enfermagem compreendem que a instituição de protocolos assistenciais garante a sistematização da assistência e que a integração dos profissionais de enfermagem na construção contribuiu no aprimoramento do conhecimento em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. O presente estudo alcançou o objetivo com a construção dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição, constituindo produto desta dissertação, indo ao encontro dos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da Pesquisa Convergente Assistencial, fomentando e colaborando para que melhorias na prática assistencial sejam alcançadas, bem como o equilíbrio entre as evidências científicas, a humanização e protagonismo da mulher em processo de parturição.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Parto Humanizado. Trabalho de Parto.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, the process of parturition has become institutionalised and it is being approached as a pathological process. The understanding that childbirth should not be considered merely from the standpoint of scientific evidence, the excessive number of unnecessary interventions, and the need to respect the individuality and desires of women to ensure their protagonism and a more humanised process have led to some concerns regarding nursing care and the best nursing practices in labour and childbirth. Consequently, the guiding question of this study was: how can we systematise nursing care for parturient women based on good care practices during labour and the birth? **Objective:** To build, with the nursing professionals, care protocols that can guide nursing care provided to women in the process of parturition based on good labour and childbirth practices. **Methodology:** The study design was based on a convergent care study conducted at an obstetric and gynaecological surgical centre in a university hospital in southern Brazil, from 6 June to 31 August 2017. The study was conducted with 36 nursing professionals who provided direct and indirect care to parturient women. Data were collected using thematic workshops with a guiding script and a process called the Four R's (4 Rs) proposed by Trentini and Paim (2014). Data were analysed according to the six steps of John W. Creswell (2010) and supported using Iramuteq software based on top-down hierarchical clustering. **Results:** Six different classes were identified and each class was attributed a nomenclature derived from in-depth analysis, as follows: Class 1 - Care protocols: repercussions, importance, and contributions; Class 2 – Protagonism, autonomy, and privacy of parturient women; Class 3 - Difficulties in the work process; Class 4 – Birth process: the understanding of nursing professionals; Class 5 – Care contributions for a better birth; and Class 6 – Weaknesses/Limitations in parturition. **Final considerations:** Results showed the nursing professionals understand that the use of care protocols ensures the systematisation of care and the integration of nursing professionals in the construction of these protocols helped to improve knowledge of nursing care for parturient women based on the best labour and childbirth care practices. The objective of this study was reached with the construction of a nursing care protocol, the product of this dissertation, for parturient women, as required by the professional master's programme and convergent care research. Thus, this study fosters and contributes to the improvement of care practices and to finding a balance between scientific evidence, humanisation, and women's protagonism in the process of parturition.

**Keywords:** Obstetric nursing. Nursing care. Humanizing delivery. Labour, obstetric.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS – CATEGORIA A.....	23
QUADRO 2 – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS – CATEGORIA B .....	24
QUADRO 3 – PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTE PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO – CATEGORIA C .....	24
QUADRO 4 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO – CATEGORIA D.....	25
QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 .....	30
QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES.....	34
QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA .....	37
QUADRO 8 – DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)” .....	43
FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ.....	59
FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ .....	60
FIGURA 3 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES COM AS PRINCIPAIS PALAVRAS GERADO PELO IRAMUTEQ E SUAS RESPECTIVAS NOMEAÇÕES BASEADAS NA ANÁLISE DOS DADOS .....	61
FIGURA 4 – DENDOGRAMA (CHD) DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ.....	90
FIGURA 5 – DENDOGRAMA (CHD) DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS PALAVRAS PRESENTES NAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ.....	92
QUADRO 9 – SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO.....	93

## LISTA DE SIGLAS

ABENFO	- Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCOG	- Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
DSTs	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAs	- Eventos Adversos
FEBRASGO	- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
PE	- Profissional de enfermagem
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
REHUNA	- Rede pela Humanização do Nascimento
RN	- Recém-Nascido
ST	- Segmento de texto
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMI	- Unidade Materno-Infantil
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	- Unidade Terapia Intensiva
$\chi^2$	- Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
2.1 DESENVOLVIMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER	21
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	33
<b>3 METODOLOGIA</b>	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.1.1 Fase de concepção	38
3.1.2 Fase de instrumentação	39
3.1.2.1 Espaço físico da pesquisa	39
3.1.2.2 Participantes da pesquisa	40
3.1.2.3 Negociação da proposta	41
3.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	42
3.1.3 Fase de perscrutação	47
3.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas temáticas	48
3.1.3.1.1 Desenvolvimento da oficina 1 – Interação e Sensibilização	48
3.1.3.1.2 Desenvolvimento da oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas	50
3.1.3.1.3 Desenvolvimento da oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem	51
3.1.3.1.4 Desenvolvimento da oficina 4 – Protocolos Assistenciais	52
3.1.4 Fase de análise	53
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	58
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1 CLASSES	60
4.1.1 Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições	62
4.1.2 Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição	68
4.1.3 Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho	71
4.1.4 Classe 4 – Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem	76
4.1.5 Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer	80



4.1.6 Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição.....	84
4.2 AS CLASSES E SUAS RELAÇÕES .....	89
4.3 SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO .....	92
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE 2 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO CCOG .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS TEMÁTICAS .....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE 5 – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento da parturiente na chegada à maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto e parto é de fundamental importância para o sucesso no processo de nascimento, contexto este permeado pela qualidade assistencial.

A qualidade assistencial envolve um conceito amplo e pode ser definida mediante seis objetivos específicos com foco no paciente, sendo: a segurança a fim de não sofrer danos em consequência da assistência, nem esse dano ser proveniente do atendimento dos profissionais; efetividade com prática baseada em evidências, com atitudes consistentes a fim de evitar cuidados ineficazes que podem provocar mais danos do que benefícios; centralidade no paciente com foco em relação às suas necessidades, valores e preferências; oportunidade com cuidados em tempo apropriado a fim de evitar perigosos atrasos; eficiência com uso de recursos a fim de beneficiar o paciente; e equidade a fim de assegurar cuidados e benefícios necessários para todos (IOM, 2001).

Em obstetrícia a qualidade assistencial é o processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados, os quais garantam o processo de nascimento seguro durante todo o ciclo gravídico-puerperal, independente do local de ocorrência do parto (FORNAZARI, 2009). Esses cuidados assistenciais não devem causar danos nem esses danos devem ser provocados por pessoas que prestam esse cuidado. Neste processo permeia a segurança do paciente como parte da qualidade, sendo um dos seus mais críticos componentes e que visa à evitabilidade, prevenção e melhorias de resultados adversos provenientes do processo assistencial (VINCENT, 2011).

O parto é definido como um fenômeno iniciado com as contrações uterinas do corpo gravídico até a dilatação total do colo e a total expulsão do feto, da placenta e das membranas (BRASIL, 2017). Nozawa e Schor (1996) acrescentam que, aliados a essa questão mais específica e fisiológica, os temores e medos decorrentes do desconhecimento das modificações próprias ao processo da gestação são expressos com bastante frequência, em especial, os temores relativos ao momento do parto.

Nos últimos 60 anos, diante da alta mortalidade materna, o processo de parturição, que era natural, tornou-se tecnocrático, o que acontecia no ambiente

habitual e familiar passou a acontecer em um ambiente diferente e com pessoas desconhecidas, e, ainda, a mulher, que era protagonista, passou a ser sujeito secundário. Segundo Caron e Silva (2002, p. 486) “essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de risco e de dor física”.

Os temores durante o processo de parturição podem estar relacionados à angústia, conforme apontam Dias e Deslandes (2006) em pesquisa sobre expectativas em relação à assistência ao parto, em que verificaram que esta angústia das parturientes está relacionada com pouca ou nenhuma informação e oportunidade de esclarecerem suas dúvidas durante o ciclo gravídico-puerperal. As mulheres sentem-se abandonadas, pois os profissionais raramente se identificam ou envolvem-se em outras atividades além do cuidado com o processo de parturição. Assim, as mulheres ficam inseguras e acatam todas as ordens dos profissionais da saúde, tendo sua autonomia relegada à decisão do outro.

Fator que contribui para a redução desses temores é a relação de confiança estabelecida com o profissional envolvido no processo assistencial, o que faz com que esta angústia seja reduzida e se fortaleçam sentimentos positivos que tranquilizam a parturiente (FRELLO; CARRARO, 2010; ROCHA et al., 2015). Quando não é efetivado este relacionamento, as inseguranças e angústias são exacerbadas e o processo de parturição pode se tornar uma experiência negativa.

O processo de parturição envolve também a ambiência, instituída pelo Programa Nacional de Humanização, sendo compreendida não apenas pelo espaço físico, mas, com o envolvimento do espaço social, profissional e das relações interpessoais, enfatiza a qualidade do serviço e valoriza a atenção acolhedora, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2010).

As condições do ambiente influenciam positiva ou negativamente, assim como na evolução do parto. Dentre elas podemos citar: os ruídos; a temperatura; a falta de privacidade; a exposição (MACEDO et al., 2005; FRELLO; CARRARO, 2010; PIVATTO; GONÇALVES, 2013; FERREIRA et al., 2013).

O processo de parturição necessita que a mulher esteja concentrada em si mesma, que os meios externos não interfiram e sim que garantam tranquilidade e relaxamento para que este torne-se um momento prazeroso. Para isso é preciso privacidade, silêncio, temperatura agradável, entrar em contato com ela mesma, só

assim os hormônios contribuirão para um processo de parturição satisfatório (MACEDO et al., 2005; FERREIRA et al., 2013).

Todos os fatores em relação a condições do ambiente, recursos humanos e relação paciente-profissional podem de alguma forma favorecer aos eventos adversos (EAs). Segundo Gallotti (2004, p. 104), os EAs “são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base”. Alguns fatores contribuem diretamente para a ocorrência de eventos adversos no atendimento hospitalar, como: idade dos pacientes, gravidade do quadro clínico inicial, existência de comorbidades, duração e intensidade do cuidado prestado, fragmentação da atenção à saúde, a inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência. Eventos adversos cirúrgicos e aqueles relacionados ao uso de drogas correspondem às categorias mais frequentes (GALLOTTI, 2004).

Existe um amplo conjunto de desfechos negativos que podem comprometer a saúde da mulher durante o processo de parturição, tendo em vista a passagem do bebê pelo canal do parto, duração do trabalho de parto e indução, presença de anestesia, realização de episiotomia, fatores relacionados à assistência e que profissional a assiste. Estes se associam a EAs de maior e menor complexidade, sendo a hemorragia pós-parto e lacerações perineais de diversos graus os EAs mais frequentes, seguidos das complicações infecciosas, histerectomia, ruptura uterina, admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e ainda as complicações anestésicas (REIS, 2012; BRASIL 2014c).

Os dados estatísticos de nascimento, local de ocorrência e o tipo de parto também são importantes quando pensamos em EAs, visto que são aproximadamente três milhões de nascimentos no Brasil a cada ano, correspondendo ao atendimento de aproximadamente seis milhões de pessoas, sendo mães e recém-nascidos (RNs); destes, cerca de 98% (2.932.236 milhões) acontecem em ambiente hospitalar e cerca de 57% correspondem a parto cesáreo (BRASIL, 2014a). Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (OMS,



2015). A taxa ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25% e 30% (SOUZA et al., 2016).

Diante desses dados, bem como do modelo assistencial aplicado e da vivência profissional, identifica-se que a ocorrência de EAs em relação à assistência prestada no processo de parturição em ambiente hospitalar pode ser elevada e, por isso, mudanças e vigilância para que não ocorram devem ser intensas.

Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde assegurar que o ciclo gravídico-puerperal transcorra de forma segura e com qualidade. No entanto, é necessário que os cuidados prestados à mulher em processo de parturição ocorram de forma convergente e que sejam guiados pelas boas práticas obstétricas, no que se incluem o parto e o nascimento, baseadas em evidências científicas, segundo determina o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

O interesse por desenvolver este estudo surgiu pela vivência em oficinas e seminários de parto ativo e humanizado, que proporcionou uma visão diferenciada em relação à prática assistencial, com a compreensão de que o parto não deve ser determinado somente pelo conhecimento científico e intervencionista dos profissionais de saúde. Mas que deve ser também determinado principalmente pela individualidade e necessidade da mulher, bem como sua valorização, tornando-a protagonista no processo de parturição. Diante desta visão e entendimento, veio a inquietação no que tange aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição, no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG) de um hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) de grande porte.

#### O hospital cenário deste estudo

“participa do Programa Mãe Curitibana, que objetiva a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade, em ações conjuntas desenvolvidas pelo município e os serviços de saúde, com a finalidade de melhorar o acesso ao parto com a complexidade e a qualidade necessária, e do Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2014b).

Percebe-se que, mesmo com os avanços significativos das políticas públicas de saúde em relação ao atendimento humanizado ao parto e nascimento, melhoria da qualidade assistencial e segurança obstétrica, nem todos os profissionais

possuem o conhecimento em relação a esses avanços e às recomendações destes Programas, ocorrendo um descompasso entre o que se recomenda e a prática assistencial (MILFONT et al., 2011; BARROSO LUCAS et al. 2015; WHO, 2018).

Ao observar as práticas realizadas no CCOG e as determinações da OMS em relação às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e do Ministério da Saúde (MS) em relação à Rede Cegonha e as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, percebe-se que ainda existe uma valorização das técnicas e procedimentos em detrimento da assistência humanizada e formação de vínculo entre o profissional e a mulher, o que favorece divergências entre o cuidado prestado e o que é recomendado (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Estas divergências assistenciais relacionam-se às práticas na assistência ao parto e nascimento no que diz respeito ao acolhimento, vínculo e comunicação. Relacionam-se com monitorar o bem-estar físico e emocional, respeitar o direito da mulher à privacidade no local de parto, apoio empático, explicações e informações de procedimentos, métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de movimentação e posição, informar a importância de posições não supinas (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; WHO, 2018). Todas essas ações poderiam ser realizadas e incentivadas pela equipe de enfermagem em sua totalidade, porém observamos que nem sempre as ações que competem em sua maioria à enfermagem são realizadas em sua totalidade.

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são práticas comuns determinadas para a condução no processo de parturição, orientam para o que deve e o que não deve ser feito, foram baseadas em evidências científicas definidas por pesquisas realizadas no mundo, com a finalidade de promover uma assistência adequada no processo de parturição e que ajude a mulher a passar por este processo de forma mais segura, tranquila e satisfatória (OMS, 1996; VIEIRA et al., 2016).

Costa (2015), em pesquisa sobre Boas Práticas na Assistência ao Parto e ao Nascimento, verificou que é necessário investir em palestras, protocolos e cursos para conscientização e conhecimento de todos, a fim de gerar possibilidades e caminhos para que os profissionais da enfermagem consigam executar as boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

Portanto, a realização deste estudo é relevante para a prática profissional, pois desperta a reflexão dos profissionais de enfermagem para a discussão e planejamento da sistematização dos cuidados à mulher em processo de parturição, ao instituir protocolos assistenciais para o cuidado de enfermagem.

Para as instituições de saúde, o estudo também se mostra relevante no que diz respeito à sistematização dos cuidados de enfermagem, pois contribui com a redução de falhas assistenciais e, conseqüentemente, de EAs.

Para a sociedade, a sistematização dos cuidados de enfermagem, baseados nas boas práticas obstétricas, é relevante na medida em que garante uma assistência humanizada às parturientes, contribui para sua satisfação e melhora o relacionamento paciente-profissional. Desse modo, o ambiente hospitalar torna-se mais agradável, a mulher sente-se segura e o profissional de enfermagem pode desempenhar um cuidado eficaz.

Esta pesquisa veio ao encontro do pensamento de Silva (2013), pois tem a capacidade de construir práticas de assistência humanizada, permitindo perceber que ligações estabelecidas entre indivíduos e profissionais geram condutas para uma convivência saudável, que potencializa situações de saúde humanizada.

Nessa perspectiva, pode-se conhecer o contexto em relação ao cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem e identificar desafios inseridos na prática assistencial.

Segundo Silva (2013, p. 18) “é prioridade desenvolver pesquisas desta natureza, que apontem caminhos capazes de informar e formar profissionais na articulação e efetivação de ações de alta prioridade, que fortaleçam e produzam saúde e oportunizem soluções para as situações vividas no ambiente hospitalar”.

Diante do exposto, se deu origem à seguinte pergunta de pesquisa:

**Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?**

Portanto, por fazer parte da equipe e desenvolver a prática assistencial em um CCOG de uma instituição pública, que tem como finalidade a qualidade assistencial e a atenção humanizada ao processo de parturição, e por não ter protocolos assistenciais escritos e atualizados baseados nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento recomendadas pela OMS e MS, este estudo objetiva:

- **OBJETIVO GERAL**

**Construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.**

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição;**

**Sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à necessidade de protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição;**

**Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição e assim identificar os fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde;**

**Propor possibilidades para a sistematização da assistência de enfermagem à mulher em processo de parturição.**

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A enfermagem não pode ser considerada como uma atividade técnica científica isolada, mas como prática social. Em sua evolução como profissão, a enfermagem moderna ou profissional surge, segundo Almeida (1985), na segunda metade do século XIX e isso se deve às transformações sociais, econômicas, políticas e pela ciência com definições relativas à saúde. Na enfermagem relacionada à saúde da mulher estas transformações ocorrem e a prática profissional vem sendo determinada por tais transformações, por meio das políticas públicas de saúde.

Assim, a revisão de literatura deste estudo busca descrever o desenvolvimento das políticas públicas no contexto da saúde da mulher, como a prática assistencial está amplamente relacionada ao seu desenvolvimento e como se caracterizam os modelos de atenção ao parto e nascimento.

E, ainda, por meio de uma revisão integrativa buscou-se delinear os conhecimentos publicados na literatura científica sobre os fatores que determinam os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e, dessa forma, fornecer subsídios para fortalecer a sistematização da assistência de enfermagem relacionada às melhores práticas, ou seja, práticas benéficas para o processo de parturição. Este manuscrito foi submetido para publicação e encontra-se em fase de avaliação.

### 2.1 DESENVOLVIMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde direcionadas para a gravidez e parto no ano de 1984, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado pelo MS (BRASIL, 2011a). Diante da representatividade dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), o MS decide lançar o PAISM.

Como política de saúde, o PAISM surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina, visto que nas décadas de 30, 50 e 70 essa visão em relação à saúde da mulher era reducionista e limitava-se ao seu

papel de mãe e doméstica, responsável pelo cuidado da família. Com a implantação do programa, houve reações favoráveis por este grupo que lutava por uma assistência à saúde da mulher não centralizada no cuidado materno-infantil (BRASIL 2011a).

O PAISM incorporado nos princípios de integralidade e equidade da atenção abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando ações para o planejamento reprodutivo, atenção ginecológica, atenção obstétrica, DSTs, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL 2011a).

Quanto às políticas públicas voltadas para a atenção ao parto no âmbito internacional destacam-se a realização, por parte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e dos escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas, três conferências de consensos sobre a tecnologia apropriada para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, realizadas na década de 80.

A primeira foi em Washington, Estados Unidos, em novembro de 1984, com os temas referentes aos cuidados no pré-natal, fatores sociais, recursos humanos, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e nascimento. A segunda foi realizada em Fortaleza, Brasil, em abril de 1985; esta conferência fez recomendações para o adequado acompanhamento pré-natal, dando destaque às dimensões sociais e emocionais no cuidado do pré-natal e parto, abolindo o uso rotineiro de diversas práticas consideradas inadequadas com o intuito de garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e de seu RN, tendo como resultado um relatório denominado a “Carta de Fortaleza”. A terceira foi realizada em Trieste, Itália, em outubro de 1986, e enfatizou os direitos fundamentais garantidos à mulher para atitudes e práticas na assistência ao parto, nascimento e pós-parto (VASCONCELOS, 2010; OREANO et al., 2014; MORATÓRIO, 2015).

No Brasil, em 1993, foi elaborado um documento a partir da reunião com vários grupos e pessoas, com a finalidade de discutir a situação atual do nascimento, denominado “Carta de Campinas”. A partir deste documento fundou-se a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) agregando pessoas, profissionais, grupos e entidades com vistas à humanização do parto e nascimento e protagonismo da mulher (RATTNER et al., 2010; SENA; TESSER, 2017).

Devido às críticas ao excesso de intervenções no processo de parturição, pesquisas foram desenvolvidas por vários grupos de profissionais em todo o mundo, e passou-se a sistematizar os estudos com foco na eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, este movimento ficou conhecido como medicina baseada na evidência científica (VASCONCELOS, 2010; MORATÓRIO, 2015).

Em decorrência dessas reuniões, em 1996 foram publicadas pela OMS recomendações sobre tecnologias para atenção a esse evento, classificando as práticas com base em evidências científicas, denominadas de boas práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996).

O QUADRO 1 apresenta o Grupo A, correspondente às práticas benéficas a serem incentivadas.

QUADRO 1 – PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS – CATEGORIA A

Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família.
Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
Condições estéreis ao cortar o cordão.
Prevenir hipotermia do bebê.
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 2 apresenta o Grupo B, correspondente a práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas.

QUADRO 2 – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS – CATEGORIA B

Uso rotineiro de enema.
Uso rotineiro de tricotomia.
Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
Cateterização venosa profilática de rotina.
Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
Exame retal.
Uso de pelvimetria por raios-X.
Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos.
Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
Lavagem rotineira do útero depois do parto.
Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 3 apresenta o Grupo C, correspondente às práticas com evidências insuficientes que demandam mais pesquisas.

QUADRO 3 – PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTE PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO – CATEGORIA C

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos.
Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto.
Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
Clampeamento precoce do cordão umbilical.
Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 4 apresenta o Grupo D, correspondente às práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada.



QUADRO 4 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO –  
CATEGORIA D

Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
Controle da dor por agentes sistêmicos.
Controle da dor por analgesia peridural.
Monitoramento eletrônico fetal.
Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto.
Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.
Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
Cateterização da bexiga.
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
Parto operatório.
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
Exploração manual do útero depois do parto.

FONTE: OMS (1996).

Em 1996, no Brasil, o MS, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), OPAS e OMS, lançou o Projeto Maternidade Segura, que estabeleceu parâmetros para avaliação dos serviços, por meio de oito passos propostos para atingir os objetivos e alcançar o título “Maternidade Segura”. Os passos propostos incluíam: garantir informações sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar; incentivar o parto normal humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas; possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal; possuir arquivo e sistema de informação; e avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal. Esse estudo, além do intuito de melhorar a assistência materna e perinatal também pretendia reduzir a mortalidade (BRASIL, 1996; VASCONCELOS, 2010).

Em 1998 e 1999, o MS tomou iniciativas que tiveram como objetivo melhorar a qualidade assistencial obstétrica e a revalorização do parto normal, voltadas também às questões da humanização. Propôs um novo modelo para a assistência ao parto realizada por profissional enfermeiro obstétrico, considerando o disposto na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 que regulamenta o exercício da enfermagem. O Decreto n. 94.406 de 30 de março de 1987 e a Resolução do Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN) n. 0477 de 23 de abril de 2015, que define as atribuições do enfermeiro obstétrico na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, e assim incluiu, por meio da Portaria GM/MS nº 2.815 de maio de 1998, a realização do parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra na Tabela de Procedimentos do SUS (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; BRASIL, 1998; COFEN, 2015).

Como reflexo desta valorização da profissão de enfermeiro obstétrico que reflete também na sua organização como categoria, através da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), o MS diante deste novo modelo, com a finalidade de garantir acesso universal e a diminuição da mortalidade, criou, por meio da Portaria GM/MS nº 985 de agosto de 1999, o Centro de Parto Normal (CPN), como uma unidade com assistência exclusiva ao parto normal sem distócia, humanizada e de qualidade, que, além de definir características físicas e equipamentos, definiu recursos humanos necessários para seu funcionamento com equipe mínima constituída por um enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância e poderá contar com equipe complementar, constituída por um médico pediatra ou neonatologista, e um médico obstetra (BRASIL, 1999).

Diante do exposto, no ano 2000, o Brasil foi um dos países que assinou a Declaração do Milênio, iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, na qual foi estabelecido um conjunto de oito objetivos para serem cumpridos até o ano de 2015, os chamados “Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, em que a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas; melhorar a saúde materna foi o quinto objetivo, além de universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2007; FERNANDES, et al., 2015).

As transformações também foram pautadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS em 2000, sendo a primeira condição para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério, no qual se preconiza o respeito, dignidade da mulher, RN e familiares, atitudes éticas por parte dos profissionais de saúde, ambiente acolhedor e que integre a mulher no processo de decisões, com medidas e procedimentos benéficos, que evite práticas

intervencionistas desnecessárias, e consequentemente diminua os riscos para a mulher e o RN (BRASIL, 2002).

A não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos fizeram com que o MS instituisse em junho de 2000 o PHPN, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos sistematizados. O PHPN teve como prioridade assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com respeito aos direitos de cidadania, e assim com a finalidade de reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, com investimentos financeiros nas redes de atenção à gestante e em ações como o Maternidade Segura, mediante capacitação de parteiras tradicionais e profissionais inseridos diretamente na assistência obstétrica (BRASIL, 2002).

O PHPN estabelece diretrizes para estimular e auxiliar estados e municípios a realizarem um adequado acompanhamento do pré-natal. Para tanto, devem seguir, no mínimo, estas recomendações: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, atingir no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizar uma consulta no puerpério, garantir exames laboratoriais, aplicação de vacina antitetânica, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantir atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de ampliar as responsabilidades das esferas estaduais e municipais, por meio do processo de municipalização e reorganização da atenção básica, caracterizada pela nova política de saúde a partir da instituição do SUS, em 2001 o MS edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a qual estabelece, na área da saúde da mulher, ações básicas mínimas de assistência ao pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, e também ações de maior complexidade (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto, o MS lançou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pautada nos princípios da humanização e da qualidade de atenção em saúde, com os objetivos de melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, a fim de garantir seus direitos, ampliação de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, redução da morbimortalidade em todos os ciclos de vida e de diversos grupos populacionais

femininos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011a). Também em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, com participação dos gestores das três esferas de governo e a sociedade (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de alcançar melhores desfechos maternos e neonatais e atenção humanizada, a Lei nº 11.108/2005 garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). E a Lei 11.634 de 2007 garantiu à parturiente o direito de vinculação e conhecimento à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, com intuito de minimizar os anseios e medos expressados pelas gestantes em relação ao ambiente hospitalar previamente desconhecido e à peregrinação em busca de atendimento (BRASIL, 2007).

Com a perspectiva de garantir a todas as brasileiras a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, o MS lançou em 2011 a Rede Cegonha, caracterizada numa “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha consiste em uma estratégia com um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado, tendo como diretrizes o acolhimento com classificação de risco, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde da criança e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013a). Um dos componentes da Rede Cegonha diz respeito ao Parto e Nascimento, sendo um dos objetivos garantir a realização de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011b).

Em conformidade com os princípios e objetivos da Rede Cegonha, o MS lança a Portaria nº 1.020 em 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência e a necessidade de organização e melhoria da qualidade assistencial à saúde, com o objetivo de

redução da morbimortalidade materna e neonatal, garantindo tecnologia apropriada ao parto e nascimento (BRASIL, 2013b).

Em 2014 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a preocupação na segurança materna e neonatal, tendo em vista a quantidade de mulheres envolvidas e o potencial de EAs que podem surgir no processo assistencial, lança um manual sobre Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Este documento tem como objetivos a promoção da assistência obstétrica e neonatal de qualidade, a redução de agravos resultantes do processo reprodutivo e de danos resultantes do processo assistencial, com foco principal na segurança e humanização materna e neonatal, além de ser um guia para a organização e estruturação dos serviços de saúde (BRASIL, 2014c).

Com o objetivo de orientar as mulheres, os profissionais e os gestores da saúde, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, foram elaboradas em 2015 as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, e em 2016 a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Esses documentos nasceram por meio do esforço do MS em conjunto com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC) e por um grupo multidisciplinar, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, neonatologista, anestesiolologista e enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Com essas ações baseadas nas melhores evidências científicas, o MS teve como finalidade a redução das altas taxas de intervenções desnecessárias, pois essas práticas podem colocar em risco a segurança da parturiente e RN, sendo que, em muitos casos, não estão de acordo com as evidências científicas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). Neste mesmo contexto, o MS lança em 2017 as Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o parto normal no Brasil e com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Recentemente a OMS publicou um novo documento com recomendações sobre a assistência às mulheres grávidas durante o processo de parturição, visando reduzir o uso desnecessário de intervenções médicas como, por exemplo, a cesárea, e garantir uma experiência de parto positiva. A diretriz traz recomendações

baseadas em evidências recém-desenvolvidas e recomendações integradas a partir de diretrizes publicadas anteriormente pela OMS, em que se classificou as recomendações em quatro categoriais, sendo elas: **recomendado** com cuidados que devem ser implementados; **não recomendado** com cuidados que não devem ser implementados; **recomendado apenas em contextos específicos** com cuidados aplicáveis apenas em condições específicas; e **recomendado apenas no contexto rigoroso de pesquisa**, devido a incertezas importantes em relação ao cuidado (WHO, 2018).

Essas recomendações foram apresentadas de acordo com o contexto do cuidado durante o processo de parturição, sendo divididas em cuidados durante o trabalho de parto e nascimento, cuidados durante a primeira etapa do trabalho de parto, durante a segunda etapa do trabalho de parto, durante a terceira etapa do trabalho de parto, cuidados com o RN e cuidados com a mulher após o nascimento. (WHO, 2018). O QUADRO 5 apresenta resumidamente as recomendações de acordo com cada contexto de cuidado.

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (continua)

RECOMENDAÇÕES	CATEGORIA DA RECOMENDAÇÃO
<b>Cuidados durante o parto e nascimento</b>	
Cuidado atencioso, organizado e fornecido a todas as mulheres, no qual se mantenham dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de maus-tratos e que permita escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.	Recomendado
Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis.	Recomendado
Companheiro de escolha para todas as mulheres em trabalho de parto.	Recomendado
Modelo de continuidade de cuidados liderados por parteiras que apoie a mulher ao longo do pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, em ambientes com programas de obstetrícia em bom funcionamento.	Recomendado em contexto específico
<b>Primeira etapa do trabalho de parto</b>	
O primeiro estágio latente é caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo uterino, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até 5 cm.	Recomendado
O primeiro estágio ativo é caracterizado por contrações uterinas dolorosas e regulares grau substancial de eliminação cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa.	Recomendado
Informar as mulheres de que a duração padrão do primeiro estágio do trabalho de parto não é estabelecida e pode variar muito entre uma mulher para outra, porém geralmente não se estende além de 12 horas em primíparas e além de 10 horas em múltiparas.	Recomendado
No início do parto espontâneo o limiar da taxa de dilatação é de 1cm/hora durante o primeiro estágio ativo, assim como descrito pela linha de alerta do partograma (impreciso para identificar mulheres em risco).	Não recomendado

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (continuação)

Uma taxa de dilatação cervical mínima de 1cm/hora em todo o primeiro estágio ativo identifica progressão normal do trabalho de parto (não pode ser uma indicação de rotina para intervenção obstétrica a taxa de dilatação cervical inferior a 1cm/hora).	Não recomendado
Intervenções com medicamentos para acelerar o parto e nascimento em condições fetais e maternas tranquilizadoras.	Não recomendado
Adiar a admissão de mulheres em trabalho de parto espontâneo até a primeira fase ativa (de 5 cm até dilatação cervical completa).	Recomendado em contexto de pesquisa
Pelvimetria clínica de rotina na admissão em trabalho de parto.	Não recomendado
Cardiotocografia de rotina para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto espontâneo e contínua durante o trabalho de parto.	Não recomendado
Ausculata com aparelho doppler fetal ou pinard fetal para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto e intermitente durante o trabalho de parto.	Recomendado
Realização de tricotomia.	Não recomendado
Administração de enema.	Não recomendado
Toque vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina no primeiro estágio ativo do trabalho de parto em mulheres de risco habitual.	Recomendado
A analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto.	Recomendado
Opioides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina) para gestantes saudáveis que solicitem alívio da dor para o trabalho de parto.	Recomendado
Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas para gestantes que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes para gestantes que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
Alívio da dor para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto.	Recomendado
Limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o parto para prevenir infecção.	Não recomendado
Amniotomia de rotina para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Amniotomia precoce e aumento precoce de ocitocina para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Usar ocitocina para prevenir atrasos no trabalho de parto em mulheres que receberam analgesia epidural.	Não recomendado
Agentes antiespasmódicos para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Fluidos intravenosos para encurtar a duração do trabalho de parto.	Não recomendado
<b>Segunda etapa do trabalho de parto</b>	
Período de tempo entre a dilatação cervical completa e nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, resultando na expulsão.	Recomendado
A duração varia de uma mulher para outra, sendo que em primíparas o parto é concluído geralmente dentro de 3 horas e em múltiparas geralmente dentro de 2 horas.	Recomendado
Encorajar a adoção de posição de nascimento de escolha da mulher, incluindo as posições verticais para mulheres com ou sem analgesia epidural.	Recomendado
Na fase expulsiva encorajar e apoiar a mulher a seguir seu próprio desejo de empurrar.	Recomendado
Para mulheres com analgesia epidural atrasar o ato de empurrar de uma para duas horas ou até que a mulher recupere o desejo sensorial (contexto com recursos disponíveis para que a mulher possa ficar por mais tempo no segundo estágio e que a hipóxia perinatal possa ser adequadamente avaliada).	Recomendado em contexto específico

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (conclusão)

Técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e proteção do períneo com a mão).	Recomendado
Uso rotineiro ou liberal de episiotomia.	Não recomendado
Aplicação de Manobra de Kristeller (pressão na parte superior do útero para facilitar o parto).	Não recomendado
<b>Terceira etapa do trabalho de parto</b>	
Uso de uterotônicos para prevenção da hemorragia pós-parto, sendo de escolha a ocitocina 10 unidades intramuscular, em locais em que não se tem disponibilidade usar outros uterotônicos (ergometrina, metilergometrina, misoprostol ou ainda combinações fixas de ocitocina e ergometrina).	Recomendado
Retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento).	Recomendado
Tração controlada do cordão em locais onde há profissionais especializados em parto (redução na perda de sangue e na duração da terceira fase do trabalho de parto).	Recomendado
Massagem uterina sustentada para prevenir hemorragia pós-parto.	Não recomendado
<b>Cuidados com o RN</b>	
Aspiração de boca e nariz de RN nascido banhado de líquido amniótico claro e que comece a respirar por conta própria após o nascimento.	Não recomendado
Manter RN sem complicações em contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora após o nascimento (prevenir hipotermia e promover a amamentação).	Recomendado
Amamentação precoce após nascimento em que mãe e RN se encontrem em condições clinicamente estáveis.	Recomendado
Administrar no RN 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o parto (profilaxia da doença hemorrágica).	Recomendado
Retardar o banho do RN até 24 horas após o nascimento, se por razões culturais isso não for permitido, retardar o banho por pelo menos seis horas e manter mãe e RN no mesmo quarto 24 horas por dia.	Recomendado
<b>Cuidados com a mulher após o nascimento</b>	
Avaliar tônus uterino abdominal pós-parto.	Recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Não recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com episiotomia.	Não recomendado
Avaliar regularmente o sangramento vaginal, contração e altura uterina, temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento, se pressão arterial normal a segunda medida deve ser realizada dentro de seis horas.	Recomendado
Mãe e RN saudáveis após parto vaginal descomplicado devem receber cuidados por pelo menos 24 horas após o nascimento.	Recomendado

FONTE: Adaptado de WHO (2018).

Ao revisar as políticas públicas implantadas ao longo das últimas décadas em relação ao parto e nascimento, Matos et al. (2013) observaram que, para atingir o ideal de humanização, é necessário sensibilização dos profissionais de saúde para o exercício da atenção, do diálogo, do acolhimento e da comunicação com a parturiente.

A participação ativa dos profissionais de enfermagem no processo de parturição é de extrema importância como integrantes da equipe da saúde, em que



neste processo seja utilizado o conhecimento técnico científico, o respeito à mulher como ser único com seus desejos e direitos, com garantia do seu protagonismo e promoção da assistência humanizada (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006; CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

## 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

O nascimento é um evento natural comemorado pelas famílias ao longo dos anos e se mantém um fato marcante da vida. Por muito tempo o processo de nascimento foi presenciado apenas por mulheres e o cenário deste acontecimento se dava no domicílio. A partir do século XVIII, o processo de parturição, com o surgimento da medicina científica, passa a ser executado por homens com a progressiva medicalização e institucionalização do parto, neste contexto, a mulher passa a ser vista apenas em seu caráter reprodutivo, negando-se sua individualidade e autonomia (BARBOZA; MOTA, 2016).

Diante do exposto, se instaura o modelo de atenção tecnocrático, que segundo Davis-Floyd (2001) se caracteriza pelo corpo visto como máquina e a mulher como objeto, o profissional se isenta de sentimentos e se utiliza de ferramentas e tecnologias para manipulação, cabendo-lhe a condução de todo o processo, sem reconhecer as influências do ambiente e questões individuais da mulher.

Ademais, nota-se que durante toda a trajetória da temática com a utilização inadequada da tecnologia no processo de parturição, ocasionando desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, países latino-americanos, incluindo o Brasil, criaram e implementaram políticas para minimizar este tipo de modelo assistencial, no entanto, com pouca eficácia. Dessa forma, leva-nos a refletir a persistente resistência dos profissionais de saúde em adotar uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas, contrariando as ações e decisões recomendadas pelas políticas de humanização em território nacional (BRASIL, 2014d).

Em decorrência da busca pela atenção humanizada, descrevem-se outros dois modelos de atenção obstétrica em reação aos excessos de intervenções e da tecnocracia, sendo eles o modelo humanizado e holístico. No modelo humanizado o corpo e a mente estão conectados, com abordagem do bio-psico-social, o

profissional estabelece relação humana, se reconhece a individualidade e resgatam-se os valores do protagonismo e da autonomia. E, por fim, o modelo holístico institui a unidade entre corpo, mente e espírito, sendo o corpo definido como um campo de energia que se relaciona com outro campo de energia, o profissional, em que se estabelece uma relação de cooperação mútua (DAVIS-FLOYD, 2001).

Segundo Davis-Floyd (2001), cada modelo descrito se caracteriza por 12 itens que se diferenciam entre si, sendo demonstrados no QUADRO 6.

QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES (continua)

ITENS	MODELO TECNOCRÁTICO	MODELO HUMANÍSTICO	MODELO HOLÍSTICO
1.	Separação corpo-mente.	Conexão corpo-mente.	Unicidade de corpo-mente e espírito.
2.	O corpo como máquina.	O corpo como organismo.	O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia.
3.	O paciente como objeto.	O paciente como sujeito relacional.	Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo.
4.	Alienação do médico em relação ao paciente.	Conexão e carinho entre médico e paciente.	Unidade essencial entre médico e cliente.
5.	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).	Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora.	Diagnóstico e cura de dentro para fora.
6.	Organização hierárquica e padronização de cuidados.	Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo.	Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.
7.	Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente.	Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente.	Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.
8.	Supervalorização da ciência e tecnologia dura.	Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo.	Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.
9.	Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.	Foco na prevenção da doença.	Focalização, em longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.

QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES (conclusão)

10.	A morte como derrota.	A morte como resultado aceitável.	A morte é um processo.
11.	Um sistema dirigido pelo lucro.	Cuidados dirigidos pela compaixão.	A cura é o foco.
12.	Intolerância a outras modalidades.	Mente aberta para outras modalidades.	Abarca múltiplas modalidades de cura.

FONTE: DAVIS-FLOYD (2001 apud BRASIL, 2014d).

Frente à necessidade da mudança na atenção obstétrica, aponta-se entre as estratégias a integração da enfermagem obstétrica ao implantar as práticas nos serviços de saúde, em busca da humanização recomendada pela OMS, integrando os saberes popular e de diversas disciplinas na construção do cuidado, devolvendo a autonomia e os direitos da parturiente em receber uma assistência humanizada (MATTOS et al., 2014).

Diante do exposto e da formulação das políticas públicas voltadas à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento, pode-se destacar um novo modelo de atenção centrado na equipe. Esse modelo assistencial colaborativo tem a perspectiva no trabalho em equipe e na assistência diferenciada de cada profissional, em que cada um desenvolve suas habilidades e contribui distintamente, a fim de garantir a continuidade do atendimento e assegurar à mulher uma assistência segura, eficiente e satisfatória (DOWNE; FINLAYSON; FLEMING, 2010; DARLINGTON; MCBROOM; WARWICK, 2011; VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Assim, em âmbito mundial já é reconhecida a atuação de enfermeiras obstétricas neste contexto. Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane composta por 15 estudos, que envolveram aproximadamente 17 mil mulheres e bebês, aprovou o modelo liderado por tais profissionais quando comparado com outros modelos assistenciais, o que evidenciou benefícios, dentre os quais menor probabilidade de intervenções e maior probabilidade de satisfação materna. (SANDALL et al., 2016).

### 3 METODOLOGIA

Este estudo teve como objeto de estudo o cuidado de enfermagem realizado no CCOG à mulher em processo de parturição em um hospital público do Sul do Brasil.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo optou-se pela abordagem qualitativa da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), devido à possibilidade de articulação da prática assistencial em saúde com a prática da pesquisa científica (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

A PCA vem se destacando como metodologia de pesquisa e sendo utilizada pelos serviços de saúde e centros de pesquisa desde seu lançamento em 1999, foi idealizada e construída pelas enfermeiras doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, defendendo a investigação a fim de provocar mudanças para a melhoria do cuidado (ELSEN, 2014).

Tem como objetivo estabelecer conhecimento para melhoria da prática assistencial no campo de investigação, introduzindo soluções aos problemas encontrados na prática por meio da pesquisa (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

A PCA caracteriza-se

“como um delineamento dual: por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência”. (PAIM; TRENTINI, 2014, p.21).

Tem como pressupostos o campo da prática profissional, sendo um leque para inúmeras situações a serem investigadas através da articulação das teorias e da pesquisa científica. Caracterizando não apenas o fazer como também o pensar, buscando soluções para as situações adversas e o comprometimento dos profissionais em inserir a pesquisa no seu cotidiano de trabalho, a fim de ser um potencial pesquisador, estabelecendo atitudes críticas e intelectuais na prática profissional (PAIM; TRENTINI, 2014).

Traz a convergência da prática profissional e da pesquisa científica como essencial na PCA, para que sejam realizadas mudanças e inovações no processo assistencial. O conceito de convergência na PCA, segundo Paim e Trentini (2014, p. 23), “assemelha-se a uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal”.

A implementação da PCA requer conceitos regidos pela convergência, sendo eles a dialogicidade, por requerer que haja comunicação através do diálogo como gerador de mudança; expansibilidade, pois por meio deste processo dialógico ocorre a ampliação do propósito inicial do pesquisador; imersibilidade, em que este propósito inicial deve emergir das necessidades da prática, com a imersão também do pesquisador no processo assistencial investigativo; e simultaneidade, com a finalidade de construção de mudança compartilhada, sendo imprescindível a concomitância das atividades de investigação e assistência sem que uma se sobreponha à outra (PAIM, TRENTINI, 2014).

A implementação da PCA ocorre pelas seguintes fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. As fases da PCA são consecutivas, se inter-relacionam, não ocorrem necessariamente de forma linear e garantem o rigor metodológico da pesquisa. A sintetização das fases da PCA com o estudo em questão foi representada por meio do QUADRO 7, sendo na sequência apresentadas uma a uma de forma ampliada.

QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA

(continua)

FASES	PCA	<b>PESQUISA: BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO</b>
<b>CONCEPÇÃO</b>	Marco referencial da pesquisa em que se denomina o problema da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 31-34).	Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA

(conclusão)

<b>INTRUMENTAÇÃO</b>	Elaboração dos procedimentos metodológicos da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 34-45).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Local de estudo: Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico.</li> <li>▪ Participantes do estudo: Profissionais de enfermagem que prestavam assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição.</li> <li>▪ Coleta de dados: Oficinas temáticas, utilizado nesta etapa um roteiro norteador e o processo denominado “Quatro Erres” (TRENTINI, 2014, p. 44), sendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fase de Reconhecimento;</li> <li>❖ Fase da Revelação;</li> <li>❖ Fase do Repartir;</li> <li>❖ Fase do Repensar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>PERSCRUTAÇÃO</b>	Desenvolver habilidades e sensibilidade para investigar e refinar os dados disponíveis (TRENTINI, 2014 p.45).	Investigar rigorosamente a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição por meio da discussão em grupo (oficinas temáticas) e assim estabelecer consenso entre o grupo para a construção dos protocolos assistenciais.
<b>ANÁLISE</b>	A análise e interpretação dos dados ocorre de forma simultânea (TRENTINI, 2014, p. 47).	<p>Para análise dos dados, seguidos os passos propostos por Creswell (2010, p. 219-224), sendo eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Organização e preparação dos dados;</li> <li>❖ Leitura dos dados;</li> <li>❖ Análise detalhada com a codificação – apoio <i>software</i> Iramuteq;</li> <li>❖ Descrição dos dados;</li> <li>❖ Representação da análise;</li> <li>❖ Interpretação da análise.</li> </ul>

FONTE: A Autora (2017).

### 3.1.1 Fase de concepção

A fase de concepção é o marco referencial da pesquisa, onde, através da articulação de reflexões, revisões de literatura e decisões em relação ao tema de pesquisa, denomina-se o problema de pesquisa, e é dela que dependem todas as outras fases e o sucesso do andamento da pesquisa (TRENTINI, 2014).

Assim, o marco referencial pode ser expresso pela proximidade da pesquisadora com o tema, que surgiu por meio da vivência em oficinas e seminários de parto ativo e humanizado, os quais articulavam o campo da pesquisa em relação às evidências científicas com experiências da prática profissional, proporcionando uma visão diferenciada em relação ao cuidado de enfermagem no processo de

parturição; pela ampla revisão integrativa realizada neste estudo, que teve como finalidade identificar na literatura os fatores determinantes ao cuidado às mulheres em processo de parto e nascimento; e ainda o uso das recomendações dos programas governamentais que guiam este estudo.

Pode-se observar de forma empírica que o cuidado prestado à mulher em processo de parturição está baseado na valorização das técnicas e procedimentos que divergem das recomendações da OMS e do MS, resultando em baixo vínculo do profissional com a paciente e favorecendo a ocorrência de EAs.

Portanto, houve a pretensão de conhecer melhor as boas práticas na assistência ao parto e nascimento para a construção dos protocolos assistenciais a fim de guiar as práticas assistenciais, para que se consigam mudanças na assistência até então realizada, embasando-se em evidências científicas e pelos pressupostos da OMS e do MS para garantir um processo de nascimento seguro.

Diante do exposto, nesta fase de concepção se originou o problema de pesquisa já descrito neste estudo e, a fim de cumprir metodologicamente esta fase, a questão norteadora é: Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

### 3.1.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação constitui a elaboração dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa. Dá continuidade ao processo investigativo por meio de decisões que delimitam o espaço físico, os participantes e os instrumentos de coleta de dados (TRENTINI, 2014).

#### 3.1.2.1 Espaço físico da pesquisa

O espaço físico utilizado foi o CCOG de um hospital vinculado ao SUS de grande porte, situado no Sul do Brasil, que teve suas atividades iniciadas em 1961. É um hospital de atendimento terciário, que possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos da alta complexidade e consultas especializadas e atua na formação de diversos profissionais da área da saúde.

Possui 60.473 metros quadrados de área construída, capacidade para 643 leitos, distribuídos em 59 especialidades, e a equipe profissional conta com 3.113 funcionários (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2015).

O CCOG, local específico do estudo, realiza cirurgias ginecológicas e obstétricas, partos normais e cesáreos, internação de ginecologia e obstetrícia e emergência obstétrica durante 24 horas, localiza-se no 1º andar do prédio da Maternidade e atualmente possui um quadro de profissionais de enfermagem composto por seis enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem, um total de 40 profissionais de enfermagem.

A capacidade física do Serviço é de 13 leitos, sendo divididos em cinco leitos de pré-parto, quatro leitos de tratamento e quatro leitos de recuperação anestésica.

A média total de nascimentos nestes dois últimos anos foi de 140 nascimentos/mês, sendo a média de partos normais de 62 partos/mês e de partos cirúrgicos (cesáreas) de 78 cesáreas/mês. Com taxa de 44,3% de partos normais/mês e 55,7% de cesáreas/mês em relação ao total de nascimentos (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2016-2017).

### 3.1.2.2 Participantes da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo contou com profissionais de enfermagem lotados no CCOG e que prestavam assistência de enfermagem direta e indireta à mulher em processo de parturição, que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Os critérios de inclusão dos participantes: profissionais de enfermagem lotados no CCOG, que atuavam na assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição e participaram das oficinas propostas pelas pesquisadoras.

Os critérios de exclusão dos participantes: profissionais de outras áreas assistenciais.

A população que participou das oficinas constituiu-se de 36 profissionais de enfermagem (APÊNDICE 2), em que três eram enfermeiros, nove técnicos de



enfermagem, e 24 auxiliares de enfermagem que aceitaram participar do estudo, cuja faixa etária variou entre 25 e 75 anos, sendo 34 do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino.

Em relação ao tempo de serviço dos enfermeiros na instituição, variou de 12 meses a 25 anos. No CCOG, dois tinham entre 8 e 21 anos e apenas um atuava no setor havia 12 meses. Dos 33 profissionais de nível médio, 24 trabalhavam havia mais de 10 anos na instituição. Especificamente no CCOG, 14 profissionais trabalhavam havia menos de cinco anos e 15 trabalhavam havia mais de 10 anos.

Em relação ao grau de escolaridade dos enfermeiros, dois eram mestres e um, especialista; destes, dois possuíam especialização em enfermagem obstétrica e um estava cursando. Além dos três enfermeiros que tinham graduação e especialização, 13 profissionais de nível médio possuíam nível superior, sendo nove com graduação em enfermagem e quatro, em outras áreas (letras, gestão pública e fisioterapia), três tinham nível superior incompleto e um estava cursando, e ainda, destes (n=13), oito possuíam especialização.

### 3.1.2.3 Negociação da proposta

Na PCA o pesquisador “precisa negociar o projeto de mudança/ inovação com os participantes que se comprometerem com a continuidade da concretude das mudanças na assistência”, visto que sozinho o pesquisador não conseguirá concretizar mudanças, pois o ambiente assistencial de enfermagem é caracterizado com o trabalho em equipe (TRENTINI, 2014).

Em reunião com a chefia da Unidade Materno-Infantil (UMI) e com o supervisor de enfermagem, iniciou-se a negociação da proposta, por meio da apresentação do projeto do estudo, sendo elucidada a sua importância para a instituição, profissional e parturiente, na qual se obteve a aprovação.

Posteriormente, para a finalização desta etapa, foram convidados os profissionais de enfermagem a participar da pesquisa por meio de uma oficina com duração de 60 minutos, na sala de equipamentos do CCOG, na qual foram previamente apresentados: o tema “Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição”, os objetivos da pesquisa, métodos, vantagens e desvantagens, sendo apresentado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizados esclarecimentos e direcionamentos prévios.

#### 3.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

O método utilizado na pesquisa para coleta de dados foi por meio de oficinas temáticas audiogravadas, com uso de roteiro norteador (APÊNDICE 3) e registro em diário de campo, entre os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa. Durante a realização das oficinas foram trabalhadas as questões do roteiro norteador junto aos profissionais de enfermagem, o que oportunizou a discussão em grupo em relação ao tema do estudo.

Por meio do diálogo e da reflexão, se definiram caminhos e consensos para a construção coletiva dos protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem. Os temas trabalhados nas oficinas foram inicialmente identificados pelas pesquisadoras, então apresentados e definidos pelo grupo.

O levantamento de dados durante as oficinas, juntamente com o referencial teórico baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2018), operacionalizou a construção dos protocolos assistenciais. Utilizou-se nesta etapa, para a coesão do grupo, o processo denominado Quatro Erres (Rs), proposto por Trentini e Paim em 1997, sendo dividido em quatro fases (TRENTINI, 2014):

- Fase de Reconhecimento: primeiro encontro, interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo;
- Fase da Revelação: identificam-se pelas experiências em comum e as revelam em relação ao assunto em discussão;
- Fase do Repartir: por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabelece condições para tomada de decisões;
- Fase do Repensar: reflexão e transferência do que se aprendeu para as situações reais.

A representação do desdobramento do processo dos “Quatro Erres (Rs)” encontra-se detalhada no QUADRO 8.

QUADRO 8 – DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continua)

F A S E S	PCA Processo dos “Quatro Erres (Rs)” (TRENTINI, 2014, p 44)	PESQUISA: BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO		
		OBJETIVOS	PASSO A PASSO	
			Oficina 1: Interação e Sensibilização	
			Planejamento	Ação
R E C O N H E C I M E N T O	Interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo.	<b>Oficina 1: Interação e Sensibilização</b>  Estabelecer o diálogo participativo em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, à percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao tema e demonstrar a importância da pesquisa.	1- Acolhimento;	1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pasta com folhas de papel e caneta;
			2- Realização da dinâmica “AUXÍLIO MÚTUO”;	2- Todos em círculo e em pé. Entregue um pirulito para cada participante, solicitado que se apresentassem e após que seguissem os comandos: segurar o pirulito com a mão direita, com o braço estendido (não pode ser dobrado, somente ser levado para direita e esquerda), desembulhar o pirulito com a mão esquerda, sem sair do lugar chupar o pirulito; Realizado uma breve reflexão em relação à dinâmica;
			3- Elucidação em relação ao tema da oficina;	3- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;
			4- Reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição por meio das perguntas de número 1 a 5 do roteiro norteador, com registro das respostas e após apresentadas pelos participantes;	4- Solicitado aos participantes que registrassem as respostas das perguntas e que espontaneamente respondessem em voz alta;
			5- Apresentação da justificativa do tema de pesquisa e a sua importância;	5- Apresentado por meio de PowerPoint o tema da pesquisa e o motivo de propor a mesma;
			6- Convite aos profissionais para a participação na pesquisa;	6- Aplicado TCLE;
			7- Encerramento da oficina.	7- Recolhido pastas; Oferecido lanche.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

R E V E L A Ç Ã O	Identificam-se pelas experiências em comum e as revelam em relação ao assunto em discussão.	Oficina 2: Boas Práticas Obstétricas  Estabelecer a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição no CCOG, como as boas práticas obstétricas estão inseridas neste cenário e identificar fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde.	Oficina 2: Boas Práticas Obstétricas	
			Planejamento	Ação
			1. Acolhimento;	1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pastas utilizadas na oficina anterior com folhas e caneta;
			2. Elucidação em relação ao tema da oficina;	2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;
			3. Apresentação de um vídeo;	3- Apresentado vídeo denominado “NA HORA CERTA DOCUMENTAL SOBRE PARTO HUMANIZADO”;
			4. Reflexão em relação ao vídeo e à prática assistencial prestada no CCOG por meio das perguntas de número 6 a 11 do roteiro norteador, com registro das respostas e após apresentadas pelos participantes;	4- Realizado uma breve reflexão em relação ao vídeo apresentado; Solicitado aos participantes que registrassem as respostas das perguntas e que espontaneamente respondessem em voz alta;
			5. Utilização do Instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto (ANEXO 1), sendo utilizada neste estudo apenas a dimensão - Práticas obstétricas baseadas em evidência científica pelos profissionais, na atenção ao parto e nascimento (CARVALHO et al., 2015);	5- Entregue instrumento; Solicitado aos participantes que preenchessem o instrumento conforme recomendações;
			6. Encerramento da oficina.	6- Recolhido pastas; Oferecido lanche.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

R E P A R T I R	Por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabelece condições para tomada de decisões.	Oficina 3: Sistematização dos cuidados de enfermagem	Oficina 3: Sistematização dos cuidados de enfermagem	
			Planejamento	Ação
			<p>1- Acolhimento;</p> <p>2- Elucidação em relação ao tema da oficina;</p> <p>3- Apresentação de um vídeo;</p> <p>4- Promoção da discussão em grupo para o estabelecimento de consenso em relação à sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, por meio das perguntas 12 e 13 do roteiro norteador;</p> <p>5- Encerramento da oficina.</p>	<p>1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pastas utilizadas nas oficinas anteriores com folhas e caneta;</p> <p>2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;</p> <p>3- Apresentado parte do vídeo denominado “NASCER NO BRASIL”; Realizado uma breve reflexão em relação ao vídeo apresentado;</p> <p>4- Dividido o grupo em duplas ou trios; Entregue impresso com as Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996); Solicitado aos participantes que escrevessem no papel os cuidados que consideravam importantes à mulher em processo de parturição, usando como base o vídeo e o impresso entregue; Solicitado que apresentassem os cuidados que consideraram importantes para o grupo maior; Registrado no <i>flip-chart</i> todos os cuidados; Agrupado os cuidados iguais e/ou semelhantes, definindo assim com o grupo todos os cuidados.</p> <p>5- Recolhido pastas; Oferecido lanche.</p>

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

			<b>Oficina 4: Protocolos Assistenciais</b>	
			<b>Planejamento</b>	<b>Ação</b>
			<p>1- Acolhimento;</p> <p>2- Elucidação em relação ao tema da oficina;</p> <p>3- Apresentação dos protocolos assistenciais à mulher em processo de parturição;</p> <p>4- Reflexão e discussão em relação aos protocolos assistenciais e sua aplicação na prática assistencial;</p> <p>5- Promoção do consenso do grupo;</p> <p>6- Realização da dinâmica “Papel Amassado”;</p>	<p>1- Dado boas vindas a cada um(a); Entregue pasta utilizada nas oficinas anteriores com folhas e canetas;</p> <p>2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;</p> <p>3- Solicitado aos participantes que pensando na prática assistencial registrassem considerações na folha durante apresentação dos protocolos; Apresentado por meio de PowerPoint os Protocolos Assistenciais para os cuidados de enfermagem para a mulher em processo de parturição, elaborados por meio de discussões com o grupo nas oficinas anteriores.</p> <p>4- Solicitado aos participantes que expusessem as considerações registradas; Discutido e definido com o grupo;</p> <p>5- Realizado alterações necessárias conforme consenso com o grupo;</p> <p>6- Distribuído uma folha de papel em branco para cada participante, solicitado que deixassem todo o material sobre as cadeiras e formassem um círculo, orientado para que amassasse o máximo a folha de papel, iniciado a música “Como uma onda no mar” e, em seguida, solicitado que voltassem as suas folhas ao que eram antes, ou seja, desamassassem.</p>

R  
E  
P  
E  
N  
S  
A  
R

Reflexão e transferência do que se aprendeu para as situações reais.

**Oficina 4:  
Protocolos  
Assistenciais**

Apresentar os protocolos assistenciais, referentes aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, elaborados por meio das discussões e consensos com os profissionais de enfermagem.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(conclusão)

			7- <i>Feedback</i> ;	7- Solicitado aos participantes que expusesse de maneira aleatória e espontânea sua opinião em relação às oficinas realizadas;
			8- Encerramento da oficina.	8- Realizado uma reflexão e agradecimento pela participação do grupo nas oficinas; Oferecido lanche.

FONTE: A Autora (2017).

### 3.1.3 Fase de perscrutação

Segundo Trentini (2014, p. 45) “esta fase leva o nome perscrutação, pelo fato de que o pesquisador precisa desenvolver habilidade e sensibilidade para *garimpagem* e refinamento dos dados disponíveis”, comprometendo-se com o desenvolvimento do conhecimento técnico/teórico e sua aplicabilidade no contexto da prática assistencial, a fim de que ocorram mudanças. A perscrutação está entrelaçada com as fases de instrumentação e análise.

Nesta fase é necessária a formulação de estratégias convergentes para o exercício das mudanças pretendidas na prática assistencial, alcance de todos os envolvidos nesse contexto, imersão do pesquisador na realidade da prática assistencial e busca por informações que demonstrem as intenções dos participantes nesse processo (TRENTINI, 2014).

As estratégias formuladas neste estudo para o desenvolvimento desta fase se deram pela discussão em grupo por meio das oficinas temáticas com os profissionais de enfermagem e registro em diário de campo, que ocorreu nas dependências do CCOG, contexto da prática assistencial da pesquisadora, iniciando em 6 de junho de 2017 e finalizada em 31 de agosto de 2017, conforme cronograma (APÊNDICE 4) e de comum acordo com os participantes.

Com a finalidade de alcançar todos os envolvidos neste contexto, as oficinas foram realizadas nos períodos da manhã, tarde e noite, com duração média de 60 minutos cada uma, sendo dividido cada período em duas turmas a fim de garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem às mulheres internadas no CCOG. No

período da noite estas oficinas foram realizadas em três momentos, devido o serviço contar com três equipes distintas, sendo divididas em noite 1, 2 e 3. Assim, a oficina 1 - Interação e Sensibilização foi repetida por nove vezes, a oficina 2 - Boas Práticas Obstétricas, 3 - Sistematização dos Cuidados de Enfermagem e 4 - Protocolos Assistenciais foram repetidas por 10 vezes cada uma, com o total de 39 oficinas realizadas.

Diante do exposto, pretendeu-se investigar rigorosamente a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição e estabelecer consenso entre o grupo para que ocorra o processo de mudança da prática assistencial por meio da construção dos protocolos assistenciais.

#### 3.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas temáticas

A fim de demonstrar as estratégias formuladas neste estudo para atingir os objetivos propostos, descrevemos sucintamente como foi desenvolvida cada oficina temática.

A participação dos profissionais de enfermagem foi flutuante durante a realização das oficinas temáticas conforme apresentado a seguir. Participaram das quatro oficinas temáticas 18 profissionais de enfermagem.

##### 3.1.3.1.1 Desenvolvimento da oficina 1 – Interação e Sensibilização

Primeiramente a oficina foi denominada “Oficina 1 – Interação e Sensibilização”, com objetivo de estabelecer o diálogo participativo em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, à percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao tema e demonstrar a importância da pesquisa. Os profissionais foram convidados pessoalmente no decorrer da semana anterior à realização da oficina. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recebidos na sala de equipamentos dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, sendo entregue uma pasta a cada um com folhas e caneta.



Na sequência, realizou-se uma rodada de apresentação, em que foi entregue um pirulito a cada profissional e, conforme a entrega do pirulito, cada profissional dizia seu nome, há quanto tempo trabalhava no setor, se foi uma escolha ou não trabalhar na enfermagem no cuidado a mulher em processo de parturição e qual sua satisfação e sua insatisfação em relação ao trabalho.

Encerrado as apresentações, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e, na sequência, foi realizada a dinâmica denominada “Auxílio Mútuo”, em que, todos em círculo, seguindo comandos, seguravam o pirulito na mão direita, deveriam desembrulhá-lo com a mão esquerda, sem sair do lugar e sem dobrar o braço solicitado para chupar o pirulito. Segundos após, espontaneamente uns ofereciam o pirulito aos outros, e após o término da dinâmica foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, realizaram-se duas perguntas: “Qual a percepção e compreensão sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição?” e “Quais os cuidados de enfermagem que devem ser realizados para a mulher em processo de parturição?”, sendo as respostas registradas nas folhas e, após, espontaneamente compartilhadas com o grupo.

Depois do compartilhamento com o grupo foi apresentado ao mesmo o tema da pesquisa e os motivos de propô-la, por meio de apresentação em PowerPoint, convidando-os a participar das oficinas. Por fim, foi solicitado o preenchimento de um formulário de caracterização do profissional e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido àqueles que aceitaram participar da pesquisa. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche com chá, suco, bolachas e pão com patê.

Dos 39 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora, cinco estavam de férias ou folgas, quatro estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 30 profissionais de enfermagem, destes, todos aceitaram participar da pesquisa.

### 3.1.3.1.2 Desenvolvimento da oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas

A oficina foi denominada “Oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas”, com objetivo de estabelecer a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição no CCOG, como as boas práticas obstétricas estão inseridas neste cenário e identificar fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a realização da oficina 1. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Foram recebidos os profissionais de enfermagem em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregue a mesma pasta utilizada na oficina 1, correspondente a cada profissional, com folhas e caneta.

Na sequência, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e foi apresentado um vídeo denominado “Na Hora Certa: Documental sobre Parto Humanizado”, em que se retrata a experiência assistencial de um profissional, e após o término do vídeo foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG e em relação às Boas Práticas Obstétricas foram realizadas seis perguntas: “Você encontra problemas em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG?; Se afirmativo, quais são?; “Na sua opinião, existem divergências nos cuidados de enfermagem prestados à paciente em processo de parturição no CCOG? Se afirmativo, por que você acha que isso acontece?; “Você já ouviu falar nas boas práticas obstétricas?; “Se sim, qual sua compreensão e percepção em relação às boas práticas obstétricas?; “Você tem alguma dúvida e/ou dificuldade em relação aos cuidados realizados à paciente em processo de parturição com base nas boas práticas obstétricas?” e “A forma como são realizados os cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição no CCOG favorece o desenvolvimento das boas práticas obstétricas e o vínculo profissional/parturiente? Como? Quais as dificuldades?”. As respostas eram registradas nas folhas e, após, espontaneamente compartilhadas com o grupo, o que proporcionou interação entre o grupo, em que vários exemplos da prática assistencial foram citados.

Por fim, foi solicitado o preenchimento de um instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto (CARVALHO et al., 2015), com enfoque na dimensão das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto e nascimento e em relação ao CCOG. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche para confraternizar.

Dos 38 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e um profissional que não fazia mais parte do quadro de profissionais do CCOG, um estava de férias e três estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 34 profissionais de enfermagem, cinco profissionais não haviam participado da oficina 1, então, elucidados o tema, objetivos, riscos e benefícios do estudo e convidados e, destes, todos aceitaram participar da pesquisa.

#### 3.1.3.1.3 Desenvolvimento da oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem

Denominada “Oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem”, com objetivo de estabelecer junto aos profissionais de enfermagem caminhos e consensos para a sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a realização da oficina 1. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recebidos em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregue a mesma pasta utilizada nas oficinas 1 e 2, correspondente a cada profissional, com folhas e caneta.

Na sequência, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e foi apresentado um vídeo denominado “Nascer no Brasil”, em que se retratam experiências utilizando as boas práticas obstétricas, e após o término do vídeo foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação à sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, fez-se a divisão dos profissionais,

formando duplas ou trios, e foram realizadas duas perguntas: “Quais suas sugestões em relação aos cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição, baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?” e “Como você acha que poderiam ser desenvolvidos, organizados e padronizados os cuidados de enfermagem e rotinas em relação à paciente em processo de parturição no CCOG, com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?”. As respostas foram registradas nas folhas pelos pequenos grupos, e, por fim, espontaneamente compartilhadas com o grupo maior, o que proporcionou a reflexão em relação a prática assistencial. Elencaram-se os cuidados de enfermagem que consideraram importantes para a mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche.

Dos 38 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e um profissional que não fazia mais parte do quadro de profissionais do CCOG, quatro estavam de férias ou folga, um de atestado e dois estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 30 profissionais de enfermagem, um profissional não participou das oficinas 1 e 2, então, elucidados o tema, objetivos, riscos e benefícios do estudo e convidados a participar, aceitou participar da pesquisa.

#### 3.1.3.1.4 Desenvolvimento da oficina 4 – Protocolos Assistenciais

E, por fim, a oficina 4 denominada “Oficina 4 – Protocolos Assistenciais”, com objetivo de apresentar os protocolos assistenciais referentes aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, elaborados por meio das discussões e consensos com os profissionais de enfermagem, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a oficina 3. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recepcionados em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregues prancheta, folha e caneta. Na sequência, foi realizada a elucidação do tema e objetivo da oficina e iniciada a apresentação

dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição (APÊNDICE 5) por meio de PowerPoint. Durante a apresentação dos protocolos assistenciais os profissionais fizeram considerações escritas nas folhas entregues e também verbais.

Após a apresentação dos protocolos assistenciais e as considerações do grupo, foi realizada a dinâmica denominada “Papel Amassado”, em que todos foram informados de que participariam de uma prova final para mensuração do nível de aprendizado durante as oficinas. Então distribuiu-se uma folha de papel em branco para cada participante, solicitando a formação de um círculo e fez-se uma pergunta: “Como foi para você participar das oficinas?”. A mesma foi respondida pelos participantes espontaneamente e de maneira aleatória. Depois, foi solicitado que os participantes amassassem a folha de papel, nesse momento iniciada a música “Como uma Onda no Mar<sup>1</sup>”, e pediu-se que desamassassem as folhas de papel. Então houve uma breve reflexão em relação à experiência vivida com a participação nas oficinas, que, por mais simples que possa ter parecido, é sempre possível aprender algo e trocar experiências uns com os outros. Entregou-se a pasta utilizada nas oficinas para cada participante com uma lembrancinha e foram encerradas as oficinas. Logo após o encerramento foi oferecido um lanche com refrigerante, suco, salgadinhos e docinhos.

Dos 34 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e cinco profissionais que não faziam mais parte do quadro de profissionais do CCOG, três estavam de férias ou folgas, três de atestado e uma estava no plantão, mas não participou das oficinas. Participaram das oficinas 27 profissionais de enfermagem.

#### 3.1.4 Fase de análise

Na PCA a análise e interpretação dos dados coletados devem ocorrer de forma simultânea, imergindo o pesquisador nos relatos das informações (TRENTINI, 2014).

“A pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social

---

<sup>1</sup> LULU SANTOS. Como uma onda no mar. **O ritmo do momento**. Rio de Janeiro, WEA, 1983. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=uutFgC6N\\_vc](https://www.youtube.com/watch?v=uutFgC6N_vc)

ou humano. O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. O relatório final escrito tem uma estrutura flexível. Aqueles que se envolvem nessa forma de investigação apóiam uma maneira de encarar a pesquisa que honra um estilo indutivo, um foco no significado individual e na importância da interpretação da complexidade de uma situação” (CRESWELL, 2010, p. 26).

A análise e a interpretação dos dados permeiam a lógica indutiva da pesquisa em um estudo qualitativo, em que o pesquisador reúne informações minuciosas dos participantes, transforma em categorias com o desenvolvimento de generalizações amplas e as compara a partir das experiências ou da literatura referente ao contexto (CRESWELL, 2010). Assim, para Creswell (2010) a análise e a interpretação dos dados são um processo mental em que a reflexão ocorre continuamente com a finalidade de extrair profundamente o sentido dos dados do texto.

O processo de análise dos dados segue passos do específico para o geral e envolvem níveis variados, em que são abordados com formato linear e organizados, porém na prática estão inter-relacionados e ocorrem de maneira interativa. Para análise dos dados qualitativos deste estudo, serão seguidos esses passos (Creswell, 2010).

- **Passo 1 – Organização e preparação dos dados para a análise:** transcrever as discussões em grupo, organizar de acordo com a afinidade dos questionamentos.
- **Passo 2 – Leitura dos dados:** ler os dados em sua totalidade a fim de poder refletir sobre seu significado global.
- **Passo 3 – Começar a análise detalhada com a codificação dos dados:** organizar o material, rotular as categorias com termos (baseadas em expressões das discussões em grupo).
- **Passo 4 – Descrição dos dados:** descrever detalhadamente os dados, com base na codificação atribuída e então criar temas com os principais resultados.
- **Passo 5 – Representação da análise:** representar os dados na forma das falas da dinâmica de grupo.

- **Passo 6 – Interpretação da análise:** detalhar as discussões em grupo para apreender seu significado mais amplo, de acordo com as interpretações pessoais do pesquisador.

Ainda, Creswell (2010) sugere a validação dos resultados por meio da comunicação dos passos, a fim de confirmar a precisão e credibilidade dos resultados. Assim, no relato dos resultados é necessário “desenvolver descrições e temas que comuniquem perspectivas múltiplas dos participantes e descrições detalhadas do local ou dos indivíduos” (CRESWELL, 2010, p. 228).

Primeiramente as oficinas foram audiogravadas, utilizando-se de gravador digital e celular e, para dar continuidade ao primeiro passo proposto por Creswell (2010), os dados das mesmas foram sendo transcritos na íntegra conforme desenvolvimento de cada oficina, por meio do *software* Word, sendo cada participante identificado por letras e números para a garantia do anonimato. Depois da transcrição de todas as oficinas, foram realizadas a leitura dos dados e a identificação das falas, segundo a pertinência com os temas e objetivos propostos em cada oficina.

Para dar sequência, o terceiro passo foi apoiado com o uso do *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Segundo Trentini e Paim (2004), para a codificação dos dados é oportuno utilizar recursos tecnológicos como *softwares*, pois é mais rápido e eficaz em comparação com a codificação à mão, porém o pesquisador necessita realizar a leitura minuciosa dos dados. O uso de *softwares* para análise de dados está cada vez mais frequente em estudos na área de Ciências da Saúde, especialmente naqueles estudos em que os dados a serem analisados são bastante volumosos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O Iramuteq é um *software* caracterizado como um método informatizado para análise de textos, dentre as vantagens está a de ser gratuito com fonte aberta, ancorado com base na estrutura do *software* R para realização dos cálculos e linguagem Python. Desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009 na língua francesa, atualmente possui dicionários completos em outras línguas, começou a ser utilizado no Brasil em 2013 e, a partir de então, a área da saúde tem se apropriado dessa ferramenta para realizar análises estatísticas de textos. (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude; e nuvem de palavras. A análise de dados textuais é determinada por frequência ou associação das palavras, que capta a estrutura e a organização dos dados, informando as relações entre as palavras mais frequentes, o que facilita o gerenciamento dos dados qualitativos (CAMARGO; JUSTO, 2013; JUSTO; CAMARGO, 2014; CAMARGO; JUSTO, 2017).

O *software* Iramuteq não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta que auxilia o pesquisador, sendo a interpretação essencial e de responsabilidade exclusiva do pesquisador (LAHLOU, 2012; JUSTO; CAMARGO, 2014).

Para que haja o processamento dos dados pelo *software* Iramuteq, segundo Camargo e Justo (2017) é necessária a preparação do *corpus*, em que o *corpus* representa o conjunto de textos que se pretende analisar. O texto foi representado pelo discurso de cada participante que esteve presente nas oficinas, e estes foram dimensionados e divididos pelo *software* em segmentos de texto (STs), que são partes extraídas do texto com tamanho aproximado de três linhas.

Ademais, a preparação do *corpus* se deu por meio da união das falas de cada participante em relação aos temas propostos e questionamentos feitos em cada oficina em um único arquivo, seguidas da separação com linhas de comando com asteriscos, utilizando-se a identificação para profissional de enfermagem (PE) e o número dado a cada participante. Para exemplificar: \*\*\*\* \*PE\_01, \*\*\*\* \*PE\_02 até \*\*\*\* \*PE\_36.

Após a preparação do *corpus*, o mesmo passou pela revisão e correção para seu processamento adequado, em que foi mantido o significado apresentado nas falas dos participantes. O arquivo foi salvo em uma configuração de texto.txt e exportado para o *software*, nos passos propostos por Camargo e Justo (2017, p. 8-11), como se segue:

1- Colocar todos os textos (entrevistas, artigos, textos, documentos ou respostas a uma única questão) em um único arquivo de texto no *software* Libre Office (<http://pt-br.libreoffice.org/>) ou Open Office (<http://www.openoffice.org/>) deixando a primeira linha em branco. *Jamais abra estes arquivos ou qualquer outro gerado pelo IRaMuTeQ com aplicativos da Microsoft (Word, Excel, WordPad ou Bloco de notas), pois eles produzem bugs com o Unicode (UTF-8), o usado pelo software em questão.*



- 2- Separar os textos com linhas de comando (com asteriscos). Por exemplo, para cada entrevista ser reconhecida pelo *software* como um texto, elas devem começar por uma linha deste tipo. Observação: Deixe uma linha em branco antes da primeira linha de comando.
- 3- Existem duas maneiras de preparar as linhas de um corpus. A primeira, a original ou monotemática, onde cada linha é seguida por um texto sem separações. Uma segunda maneira, a chamada temática, onde cada linha pode conter duas ou mais temáticas com a inclusão de linhas subordinadas a principal. A análise de corpus com divisões temáticas (temas diferentes) nos informa sobre as relações entre o conteúdo de um tema com o outro tema; e pode ser usada como uma análise preliminar de natureza mais exploratória (para se ter uma visão de todo da coleta de material textual, mas deve-se fazer as análises monotemáticas, pois são elas que aprofundam a compreensão do significado do material estudado).
- 4- Corrigir e revisar todo o arquivo, para que os erros de digitação ou outros não sejam tratados como palavras diferentes.
- 5- A pontuação deve ser observada, no entanto sugere-se não deixar parágrafos em cada texto (devido à dificuldade entre nós no uso correto dos mesmos).
- 6- No caso de entrevistas ou questionários, as perguntas e o material verbal produzido pelo pesquisador (intervenções e anotações) devem ser suprimidos para não entrar na análise. Ao suprimir recupere os referentes.
- 7- Não justifique o texto, não use negrito, nem itálico ou outro recurso semelhante.
- 8- É desejável certa uniformidade em relação às siglas, ou as usa sempre ou coloque tudo por extenso unido por traço *underline*. Por exemplo: ou oms ou organização\_mundial\_de\_saúde.
- 9- As palavras compostas hifenizadas quando digitadas com hífen são entendidas como duas palavras (o hífen vira espaço em branco). Caso necessite-se analisar palavras compostas hifenizadas ou não, una-as com um traço *underline*. Ex: "alto-mar" fica "alto\_mar"; "terça-feira" fica "terça\_feira"; e "bate-papo" fica "bate\_papo".
- 10- Todos os verbos que utilizem pronomes devem estar na forma de próclise, pois o dicionário não prevê as flexões verbo-pronominais. Ex: No lugar de "torneime", a escrita deve ser: "me tornei".
- 11- Evite uso de diminutivos, pelas características do dicionário.
- 12- Números devem ser mantidos em sua forma algarísmica. Ex: usar "2013", no lugar de "dois mil e treze"; "70" no lugar de "setenta".
- 13- Não usar em nenhuma parte do arquivo dos textos os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), percentagem (%), reticências (...), e nem asterisco (\*). Este último é usado somente nas linhas que antecedem cada texto (linhas de comando).
- 14- O arquivo com o *corpus* preparado no *software* Libre Office ou no Open Office deve ser salvo em uma nova pasta criada no desktop, somente para a análise, como "Texto: Escolha a codificação" (arquivo do tipo "txt"). No Libre Office esta opção abre uma primeira janela e devemos escolher "Utilizar o formato texto – Escolha a codificação", e uma segunda janela onde as opções "Conjuntos de caracteres" e "Quebra de parágrafo" devem ser respectivamente "Unicode (UTF-8)" e "LF".
- 15- Sugere-se que a cada nova análise com o mesmo corpus não se reutilize o arquivo "txt" precedente, crie um novo a partir do arquivo tipo odt (que é o formato que deverá ser arquivado).

Depois da realização da sequência dos passos propostos por Camargo e Justo (2017, p. 8-11), a codificação foi gerada pelo *software* IRAMUTEQ, que distribuiu e dividiu os textos em STs. A representação da análise se deu pelo Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que visa obter classes de STs que

apresentam palavras semelhantes entre si e ao mesmo tempo diferentes dos STs das outras classes. Demonstrada por meio do dendograma, uma das diferentes formas de apresentação das classes geradas pelo *software*, a qual mostra-nos as relações entre as classes, organizados de forma descendente pelo valor do qui-quadrado ( $X^2$ ), e, quanto mais alto o  $X^2$ , maior o nível de associação entre a palavra e a classe, e pelo  $p$  que indica uma associação significativa. Sugere-se para a análise um  $X^2 \geq 3,84$  e  $p < 0,05$  (CAMARGO; JUSTO, 2017).

Com base na CHD, o *software* encontrou seis classes distintas, o tempo de processamento foi de 19 segundos, com 84,72% de STs classificados, o que significou um desempenho satisfatório para a análise dos dados, pois, segundo Camargo e Justo (2017), “é importante salientar que as análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual requerem uma retenção mínima de 75% dos ST”. Assim, para cada classe, atribuiu-se uma nomenclatura derivada da análise aprofundada, em que representou o sentido extraído a partir da classe e baseando-se na literatura científica sustentou-se a discussão.

### 3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná em novembro de 2016 e, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012). Foi aprovado em 9 de janeiro de 2017, com o registro nº 62119816.5.0000.0096 e Parecer nº 1.891.192 (ANEXO 2).

Foram previamente informados os objetivos, métodos, vantagens e desvantagens da pesquisa aos profissionais de enfermagem, convidando-os a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato os nomes verdadeiros serão omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização dos participantes que assinarem o TCLE.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as informações a partir da análise textual realizada pelo *software* Iramuteq. Primeiramente serão apresentados os resultados estatísticos processados pelo *software*. A seguir, são dispostas as seis categorias que emergiram a partir da análise dos textos provenientes dos discursos dos profissionais de enfermagem, na sequência, será demonstrada a relação das classes e a síntese do produto desta dissertação, ou seja, dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição.

O *corpus* geral foi constituído por 36 textos (*number of texts*), que, posteriormente ao seu processamento pelo *software* Iramuteq (19 segundos), gerou 288 STs (*number of text segments*), com retenção de 244 STs (*segments classified*), cujo aproveitamento foi de 84,72%, conforme nos mostra o relatório (*rapport*) da CHD (FIGURA 1).

FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ

```

+-+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Jan 10 15:24:32 2018
+-+--+--+--+--+

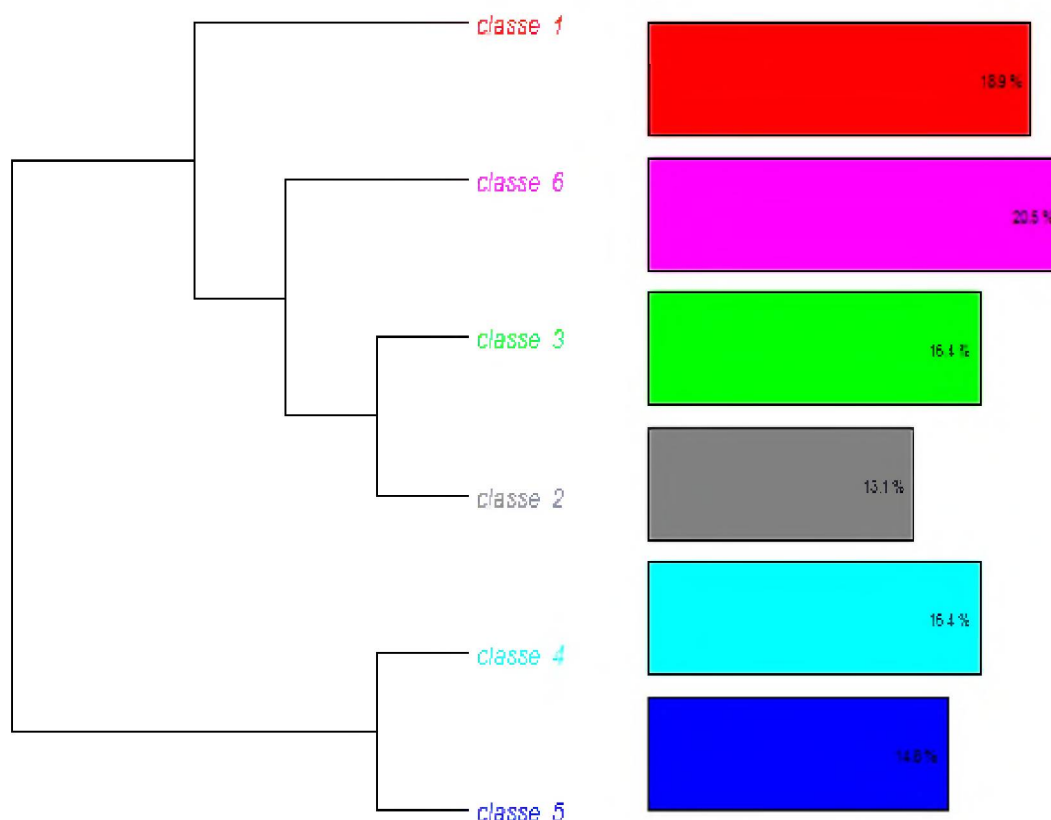
Number of texts: 36
Number of text segments: 288
Number of forms: 1642
Number of occurrences: 10200
Número de lemas: 1096
Number of active forms: 996
Número de formas suplementares: 90
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 378
Média das formas por segmento: 35.416667
Number of clusters: 6
244 segments classified on 288 (84.72%)

#####
tempo: 0h 0m 19s
#####
FONTE: A autora (2018).
```

Os dados analisados foram divididos em seis classes: Classe 1, com 46 STs (18,85%); Classe 2, com 32 STs (13,11%); Classe 3, com 40 STs (16,39%); Classe 4, com 40 STs (16,39%); Classe 5, com 36 STs (14,75%); e Classe 6, com 50 STs (20,49%). A relação das classes encontra-se ilustrada por meio do dendograma gerado pelo *software* Iramuteq (FIGURA 2), sendo feita sua leitura da esquerda para direita, a qual permite observar a divisão do *corpus* total.

Assim, estas seis classes (*corpus* total), encontram-se divididas em dois *subcorpus*. O *subcorpus* menor se dividiu originando as classes 5 e 4. O *subcorpus* maior originou a classe 1, desta ocorreram duas ramificações, uma que originou a classe 6 e a outra que se dividiu e originou as classes 3 e 2.

FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2018).

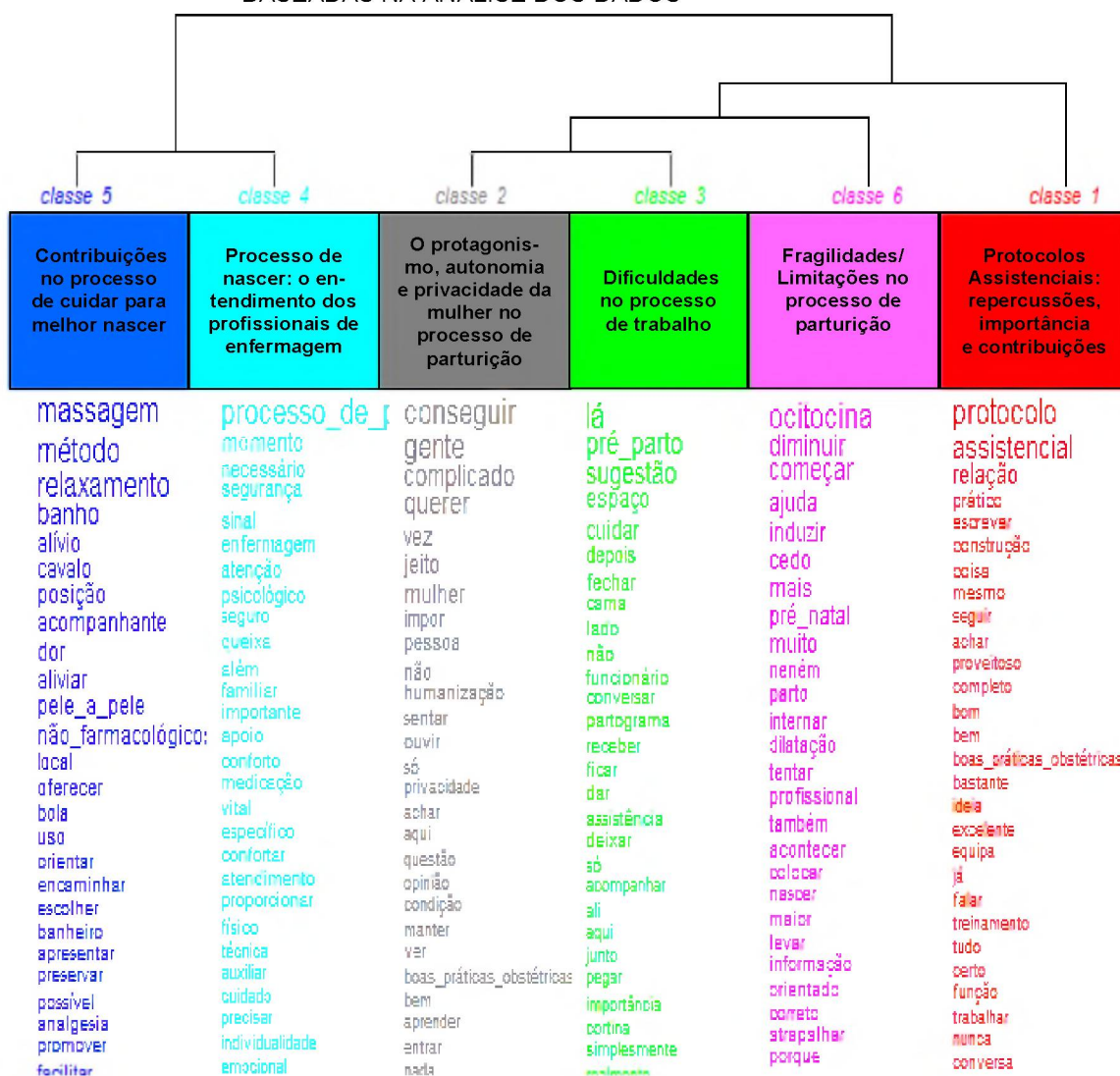
#### 4.1 CLASSES

A relação das classes é ilustrada em um dendrograma da CHD (FIGURA 3), organizadas pelo *software* Iramuteq, que permite observar as palavras e a relação entre elas, e que se encontra em ordem descendente da sua correlação com a respectiva classe pelo valor do seu  $X^2$ , pois, quanto maior o  $X^2$ , maior é a quantidade de citações na classe.

Para se proceder à análise dos dados, as seis classes foram nomeadas com base nas informações importantes para o estudo, levando em consideração o contexto e o sentido extraído a partir da classe (FIGURA 3). Assim, denominaram-

se: Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições; Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição; Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho; Classe 4 – Processo de Nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer; e Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição.

FIGURA 3 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES COM AS PRINCIPAIS PALAVRAS GERADO PELO IRAMUTEQ E SUAS RESPECTIVAS NOMEAÇÕES BASEADAS NA ANÁLISE DOS DADOS



FONTE: A autora (2018).

#### 4.1.1 Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições

A classe 1, denominada de “Protocolos assistenciais: repercussões, importância e contribuições”, foi responsável por 18,9% dos STs, e as principais palavras desta classe foram: **prático** (prática), **escrever**, **construção**, **coisa**, **mesmo**, **seguir**, **achar**, **proveitoso**, **completo**, **bom**, **boas práticas obstétricas**, **bastante**, **ideia**, **excelente**, **equipe**, **falar** e **treinamento**, em que o  $X^2$  variou de 26,48 a 6,91 e p, de  $<0,0001$  a 0,008.

Esta classe representou repercussões encontradas por meio dos discursos dos profissionais frente à inexistência de protocolos assistenciais para os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e, conseqüentemente, a não garantia da sistematização da assistência de enfermagem, o que pode causar divergências na comunicação no processo de cuidar, conforme descrito:

*“[...] acho que todos têm que falar a mesma coisa. Fica complicado, você orienta de um jeito e vem outro e orienta de outro jeito.” (PE01)*

*“Falta padronização. Aqui não é seguido um protocolo. Cada funcionário entra e é orientado por outras pessoas e não em cima de um protocolo, o que causa divergências. Muitos profissionais não vão a uma sala de aula e estão na mesmice faz tempo.” (PE10)*

*“[...] a maioria dos profissionais não falam as mesmas coisas. Aqui não é treinado e conversado. Aí uns acham que é de um jeito e outros acham que é de outro jeito. Deveríamos ter bastante conversa e as coisas serem bem passadas.” (PE29)*

*“[...] teria que ter uma normativa, um protocolo, porque um fala uma coisa e outro fala outra. Um protocolo para toda a equipe”. (PE34)*

Os protocolos assistenciais têm se mostrado ferramenta de gestão e de qualidade de atenção, são importantes instrumentos para a resolução de problemas

na assistência ao parto e nascimento (NICOLINI et al., 2017). Para Pimenta et al. (2015) os protocolos assistenciais descrevem situações específicas de cuidados, que contêm detalhes em relação ao que se faz, quem faz e como se faz, orientando os profissionais.

A instituição de protocolos assistenciais elaborados a partir de evidências científicas, além de promover uma assistência que comprovadamente traz benefícios à mulher e RN, proporciona maior segurança, desencorajando intervenções desnecessárias e empíricas, e colabora para a interação da equipe com cuidados uniformizados, garantindo assim uma assistência de enfermagem sistematizada (COSTA et al., 2013; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013; WHO, 2018).

Contudo, apesar da importância da instituição de protocolos assistenciais para os serviços, estudos ainda demonstram sua inexistência, o que impede muitas vezes o empoderamento dos profissionais de enfermagem em realizar práticas que são notadamente úteis e benéficas, no cuidado à mulher em processo de parturição (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017; GULINI et al., 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2017).

As repercussões também foram representadas frente ao termo e compreensão em relação às boas práticas obstétricas, sendo notório pelos discursos que nem todos os profissionais possuíam tal conhecimento e compreensão na sua totalidade.

*“Em relação às boas práticas obstétricas eu não ouvi falar, acho que tem a ver com cuidado, mas não sei exatamente.” (PE02)*

*“Eu compreendo que as boas práticas obstétricas é um documento da Organização Mundial de Saúde, que dita o que é bom e ruim na nossa prática profissional, é nessa que fala o que pode fazer.” (PE07)*

*“Já ouvi falar das boas práticas obstétricas. Está relacionada com apoio psicológico, escolha do acompanhante, instruir a paciente sobre seus direitos, que ela pode escolher a posição do parto e que tem direito a analgesia.” (PE12)*

*“Em relação às boas práticas obstétricas já ouvi falar alguma coisa, mas nada que consiga explicar.” (PE19)*

*“Temos ouvido falar bastante ultimamente das boas práticas obstétricas. Acho que tem a ver principalmente com a questão da humanização.” (PE20)*

*“Em relação às boas práticas obstétricas eu não sei bem dizer quem implantou e de onde veio.” (PE28)*

Na assistência ao parto e nascimento ainda nos deparamos com alguns empecilhos que dificultam a total adesão às boas práticas obstétricas, apesar das melhorias já alcançadas. Dentre estes podemos citar o despreparo dos profissionais da área de saúde, destacando-se a necessidade de atualização em relação às boas práticas na assistência ao parto e nascimento preconizadas pela OMS e MS (FRELLO; CARRARO, 2010; OLIVEIRA; CRUZ, 2014; BACKES et al., 2017; BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Os profissionais de enfermagem são mediadores na implementação das boas práticas obstétricas baseadas nas melhores evidências científicas e a sua compreensão e utilização implica em reduzir desfechos negativos na atenção ao parto e nascimento; neste enfoque, é preciso mudanças de atitudes na prática profissional, sendo necessária a incorporação de protocolos assistenciais para melhoria da prática assistencial, assim como educação permanente (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; PEREIRA et al., 2016; WHO, 2018).

Durante as oficinas expressaram pontos importantes em relação à construção de protocolos a fim de diminuir as divergências e melhorar o processo do cuidado, com base nas recomendações dos principais órgãos de saúde. E, ainda, que a construção de protocolos possa ser realizada junto com a equipe e por meio de treinamentos/cursos garantir a todos os profissionais a educação permanente. As falas a seguir demonstram estes pontos:

*“Tem vários pontos que podem ser melhorados, no sentido de supervisão, da chefia orientar e cobrar. Fazer algum protocolo que diminua as divergências.” (PE02)*



*“[...] construir protocolos com a equipe. Formalizar os protocolos conforme determinação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, os colocando em práticas por meio de treinamentos para todos os profissionais que forem atuar no serviço.” (PE10)*

*“[...] é importante ter treinamento, educação continuada, construir juntos as normas, porque tem coisas que são impostas. Acho que tem que ser construído em conjunto. É importante para a equipe, pois quem não sabe aprende e quem sabe acaba reproduzindo, recapitulando e até incentivando.” (PE12)*

*“Escrever um protocolo que determine como acolher a paciente e o que oferecer em cada estágio do trabalho de parto, para que todos seguissem o mesmo.” (PE20)*

Na prática assistencial é necessário dispor de reflexão em relação às potencialidades e fragilidades para a sistematização da assistência, sendo importante integrar a equipe para identificar e reconhecer falhas, problemas, necessidades e prioridades com a finalidade de melhorar a qualidade assistencial e reduzir os EAs, pois o processo de mudança não é construído individualmente, mas sim contemplando os profissionais que estão envolvidos na assistência (ROSSANEIS et al., 2015; BACKES et al., 2017).

Os protocolos assistenciais, além de servirem como instrumentos de comunicação, são importantes na garantia da segurança do paciente aliados à educação permanente. Um estudo de revisão integrativa evidenciou que, diante de tal prática, os índices de EAs diminuem e ainda garantem melhor adesão aos protocolos assistenciais, além de outras vantagens (LIMA, 2016).

A educação permanente se tornou ação fundamental na prática assistencial a fim de que mudanças sejam alcançadas, sendo classificada como técnica para qualificação profissional, a qual instrumentaliza ferramentas de trabalho, integra o conhecimento científico com a prática, garantindo aprimoramento e atualização contínua, além de fortalecer o trabalho em equipe e melhorar a qualidade assistencial (LOPES et al., 2016; PUGGINA et al., 2016).

Vários profissionais também citaram as contribuições após a construção dos protocolos assistenciais, durante a oficina 4:

*“A construção dos protocolos assistenciais fez com que percebesse que às vezes trabalhamos na rotina e na verdade são tantas coisas que envolvem, mas foi bom para lembrar e melhorar.”* (PE11)

*“Com relação aos protocolos assistenciais ficou muito bom. Eu nunca soube a hora certa de colocar no banho. Hoje já dá para avaliar melhor e nem tocar no assunto, se for antes do tempo.”* (PE13)

*“Esta construção dos protocolos assistenciais me ajudou a tirar várias dúvidas e vai contribuir bastante para o setor, ficou muito interessante. E é importante para que todos falem a mesma coisa.”* (PE14)

*“Em relação aos protocolos assistenciais acho que está tudo certo. Foi bem proveitoso, pelo menos para mim que não sabia nada.”* (PE18)

*“A construção dos protocolos assistenciais ajudou bastante, clareou algumas coisas que eu não tinha trabalhado ainda.”* (PE19)

*“Com relação aos protocolos assistenciais acho que ficou bem completo, achei bem legal, ótimo, ficou muito rico. Muita coisa já tinha visto, já tinha estudado, mas cada vez que você discute e faz uma reflexão acaba surgindo outras ideias. Você vai fazendo as coisas porque é assim que geralmente faz e não percebe a importância do que está fazendo. Então super vale à pena sentar e discutir sobre o processo de trabalho e essa reflexão sempre traz transformação.”* (PE20)

*“Em relação aos protocolos assistenciais gostei bastante, foi um compilado de todas as conversas e veio em uma forma bem didática.”* (PE25)

*“Em relação aos protocolos assistenciais gostei, ficou tudo explicado. A função de cada um, o que se deve fazer e orientar, todos falando as mesmas coisas.” (PE27)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais achei bem completo, ótimo, muito bom. É bom dar uma recapitulada e também saber o porquê está fazendo daquela maneira.” (PE29)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais ficou excelente. Acho que temos condições de melhorar cada vez mais. Seria tão bom se pudéssemos praticar mais essas coisas. Mas a explanação dos protocolos foi maravilhosa. Às vezes achamos que sabemos tudo e sempre tem mais coisas para aprendermos. Seria tão bom que os protocolos sempre fossem apresentados dessa maneira.” (PE32)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais achei excelente. Acho importante porque tudo que vem para melhorar faz parte da evolução do ser humano. Acho importante também que seja repassado para toda a equipe periodicamente, pois tem gente que está aqui há 30 anos que não tem o menor interesse ou desejo e às vezes nem percebe que está agindo assim.” (PE35)*

Um estudo realizado na Espanha demonstrou a satisfação da equipe de enfermagem após a elaboração de protocolos assistenciais e treinamento, que consequentemente proporcionou melhora na segurança do paciente e na qualidade do atendimento (UÑA CIDÓN et al., 2012).

Assim como o presente estudo, outros estudos (SELHORST; BUB; GIRONDI, 2014; BORTOLI et al., 2017; SALES et al., 2018) também evidenciaram que a vivência em contribuir com a elaboração de protocolos assistenciais leva os profissionais a reverem sua forma de cuidar e seu conhecimento em relação à prática assistencial, neste contexto, oportuniza o compartilhamento de conhecimentos de práticas baseadas em evidências científicas, as quais despertam o pensamento crítico da equipe, gerando assim a satisfação dos profissionais e melhora na qualidade assistencial.

#### 4.1.2 Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição

A classe 2, nominada de “O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição”, abordou as temáticas: escolhas da mulher e direito à privacidade no processo de parturição, representou 13,1% dos STs. As palavras mais significantes foram: **conseguir, gente, complicado, querer, jeito, mulher, impor, humanização, privacidade e achar**. O  $X^2$  das palavras variou de 40,16 a 5,64 e p, de <0,0001 a 0,01.

Os STs referenciados pelas palavras em destaque nesta classe a partir dos discursos dos profissionais de enfermagem focaram em um cuidado muitas vezes impositivo, em que prevalece a vontade dos profissionais e não da mulher, e assim distanciando a humanização do processo de parturição, sendo descritos abaixo:

*“Muitas vezes não se respeita as posições, a vontade da paciente de se movimentar livremente.” (PE16)*

*“Tem gente que quer impor uma humanização. Sabemos que a verticalização, a bola vai ajudar, porém, se ela não quer, se não conseguimos convencer pelo que conhecemos e sabemos que funciona, temos que respeitar e deixar a paciente aceitar o que quer. Então impomos algumas coisas que não é bem aquilo que a paciente queria.” (PE20)*

*“Muitas vezes a paciente não quer fazer determinada coisa e lhe obrigamos a fazer.” (PE21)*

*“[...] a paciente não pode escolher o local e a forma que quer ficar durante o trabalho de parto e parto.” (PE25)*

*“Na verdade, deixamos pouco a paciente fazer o que quer.” (PE30)*

A utilização das boas práticas obstétricas vem buscando o protagonismo da mulher, por meio do acolhimento com dignidade, respeito e mediante atendimento

apropriado e ímpar, sendo assim capaz de garantir a autonomia da mulher em relação ao seu próprio parto e tornando o processo de nascer um evento fisiológico e que garanta a inserção familiar (PEREIRA et al., 2016; REIS et al., 2017; WHO, 2018).

Estudos evidenciaram que práticas que favorecem a garantia do protagonismo e autonomia da mulher estão relacionadas a uma assistência diferenciada do que nos traz o ambiente hospitalar tradicional, a fim de possibilitar a integração da mulher nas tomadas de decisão, respeito às suas necessidades, crenças, valores e desejos, promovendo o empoderamento da mulher no processo de parto e nascimento e sua participação ativa (ZVEITER; SOUZA, 2015; FERREIRA et al., 2017).

Outro fator positivo é a possibilidade da verticalização durante o processo de parturição, a qual garante à mulher uma participação mais ativa e envolve profissionais que acreditam no processo fisiológico de parir; neste contexto, destaca-se o papel da enfermeira obstétrica que contribui para o empoderamento da mulher, diminuição de intervenções desnecessárias e maior satisfação materna (SANFELICE; SHIMO, 2015), assim como evidenciado em revisão sistemática da biblioteca Cochrane (SANDALL et al., 2016).

E, ainda, com grande relevância como prática realizada pelos profissionais de enfermagem que promove a autonomia da mulher no processo de parto e nascimento, se destacam o apoio e o conforto, pois, além de favorecer a interação entre a mulher e equipe e a autoconfiança, também aumentam a probabilidade de parto espontâneo e contribuem com trabalho de parto menos prolongado (MELO et al., 2014), fato este comprovado em uma revisão de estudos que incluiu 16 países e mais de 15.000 mulheres (BOHREN et al., 2017).

Oposto ao que foi descrito anteriormente, estudos evidenciaram práticas que restringem o protagonismo, autonomia e participação ativa da mulher no processo de parturição. Estas se relacionam a práticas autoritárias que estabelecem relações assimétricas entre a mulher e equipe, em que os profissionais prestam cuidados impositivos, desrespeitam os desejos da mulher e suas necessidades. Isso gera falhas na comunicação, ocasionando, além da falta de informações e de consentimento por parte da mulher, sentimentos negativos que dificultam o trabalho de parto e parto, sendo considerado uma violação aos direitos da mulher em relação

à integridade do seu corpo (LEAL, et al., 2014; PIMENTA et al., 2014; FERREIRA et al., 2017).

Muitos profissionais também apontaram a dificuldade de manter a privacidade da mulher no processo de parturição, em que a exposição ocasiona desconforto, apesar de ela ter como direito à privacidade.

*“Elas nem sempre tem privacidade, uma paciente de frente para outra, junto com os acompanhantes. Nem sempre conseguimos fazer a cobertura para que nenhuma veja a outra sendo examinada ou até mesmo parindo.” (PE16)*

*“Acho que aqui temos uma exposição excessiva da paciente e é estressante para ela.” (PE22)*

*“A paciente no pré-parto não tem privacidade para o parto humanizado. Sei que ela tem direito à privacidade, só que aqui não tem privacidade, a mulher fica no meio de todos. E que a paciente possa ter privacidade e privacidade de sofrimento, de dor, pois ela não tem privacidade nem de sentir dor.” (PE26)*

*“Total falta de privacidade para com a mulher. Às vezes não se sente bem com outras pessoas.” (PE35)*

Segundo Browser e Hill (2010) é altamente relevante para a humanização no processo de parturição a privacidade, sendo que corresponde a um dos direitos humanos das mulheres durante e após o parto. Fato este contemplado em uma carta elaborada sobre cuidado respeitoso pela organização Withe Ribbon Alliance, na qual defende a maternidade segura e que se baseou em documentos nacionais e internacionais para sua elaboração (ALLIANCE, 2011). Segundo a OMS a privacidade se enquadra dentro dos principais requisitos de recursos para o cuidado materno respeitoso, em que se recomenda espaço físico privado para mulher e acompanhante (WHO, 2018).

O respeito à privacidade na atenção ao parto e nascimento envolve a proteção da imagem e da intimidade da mulher, em que é uma prática considerada útil, porém que ainda necessita ser estimulada. Estudo realizado no Município de

Pelotas/RS evidenciou que a privacidade e intimidade da mulher em processo de parturição não eram respeitadas na sua totalidade pelos profissionais (SILVA et al., 2013).

Outro estudo destaca como obstáculo encontrado na garantia do direito à privacidade e intimidade da mulher a cor da pele, em que se constatou que mulheres com a cor da pele preta ou parda tiveram menor privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e parto, ficando evidente a discriminação racial na atenção ao processo de parto e nascimento para esse grupo de mulheres (D'ORSI et al., 2014).

Uma revisão sistemática que aborda evidências qualitativas relacionadas aos fatores facilitadores e dificultadores da assistência ao parto e nascimento, em países de baixa e média renda, demonstrou que a privacidade é muito valorizada pelas mulheres, porém frequentemente não é apreciada nas instituições, devido à falta muitas vezes de respeito e sensibilidade cultural, atitudes arrogantes em relação às mulheres humildes e principalmente pela inexistência de enfermarias privadas para o processo de parturição (BOHREN et al., 2014).

Neste contexto da falta de privacidade, a relação assimétrica entre a mulher e a equipe, ambiente desfavorável e práticas que não garantem benefícios no processo de parturição contrariam a ideia de humanização, pelo fato de não atenderem às necessidades de preservação da intimidade e imagem da mulher, o que conseqüentemente causa angústia e torna o processo de parto e nascimento mais doloroso e prolongado (FERREIRA et al., 2013; FERREIRA et al., 2017).

#### 4.1.3 Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho

O discurso dos profissionais de enfermagem na terceira classe foi em torno das dificuldades encontradas para realizar os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, que ficou denominada “Dificuldades no processo de trabalho” e representou 16,4% dos STs. As palavras que mais se destacaram nesta classe foram: **pré-parto, espaço, cuidar, depois, fechar, cama, funcionário, conversar, partograma, ficar, dar, assistência, acompanhar e cortina**. Nesta classe o  $\chi^2$  das palavras variou de 36,1 a 5,6 e p, de <0,0001 a 0,01.

Os participantes citaram como uma das principais dificuldades a estrutura física, em que o espaço é restrito, congestionado e o uso das divisões entre os leitos

(cortinas) é inadequado, o que repercute na liberdade de movimentação da mulher, na manutenção de temperatura adequada e na individualidade.

*“Aqui no pré-parto não tem espaço, é cheio e a mulher fica lá deitada. Mas não temos um espaço adequado para que a paciente possa ficar andando, ficar junto com o acompanhante, tomar banho, ter um aquecedor. Dependemos da estrutura da instituição.” (PE06)*

*“O que falta aqui é estrutura no pré-parto. Tem as cortinas, mas temos que fechar sempre que vamos examinar a paciente, só que não é apropriada e o espaço é muito restrito.” (PE07)*

*“Aqui o nosso pré-parto é frio, a pintura é horrorosa, a cama ainda é muito hospitalar, o espaço é muito pequeno e não tem individualidade.” (PE23).*

*“O pré-parto aqui é horrível, paciente que já ganhou junto com outra para ganhar [...] não conseguimos nem se mexer, é muita gente, tem que empurrar uma coisa e outra.” (PE24)*

*“A estrutura não ajuda, como na prevenção da hipotermia do neném, se o parto for feito no pré-parto não tem como prevenir. Na sala deixamos aquecida, mas depois que nasce sai no corredor frio.” (PE27)*

*“A mulher chega e já mostramos a cama para ela, pois o espaço é pequeno.” (PE30)*

*“Na verdade, a estrutura em qualidade de atendimento dificulta que a enfermagem melhore. Dificulta o desenvolvimento das boas práticas e do vínculo. A gente faz o que pode, mas, por exemplo, aquela cortina no pré-parto fica batendo no rosto da paciente. A paciente acaba sendo exposta a situações que não deveria estar passando.” (PE35)*



A estrutura física adequada é primordial para o cuidado humanizado, se constitui um elemento fundamental para que o profissional possa prestar um cuidado com qualidade e garantir as boas práticas obstétricas na sua totalidade (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017). Conforme destacado pela OMS, a estrutura física é tão importante quanto a prestação dos cuidados humanizados para que se tenha melhora da qualidade da assistência a mulheres em processo de parto e nascimento (WHO, 2018).

Em 2008, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, se dispôs o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, que abordou as questões relacionadas ao ambiente, definindo ambiência como “ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”, a qual relacionou componentes estruturais, assistenciais e referentes a relações humanas para garantia da assistência humanizada (BRASIL, 2008).

As maternidades receberam um prazo para adequar a estrutura física e contemplar a mulher e seu acompanhante, com a finalidade de promover privacidade e segurança, de acordo com os princípios da humanização (BRASIL, 2008). Uma revisão qualitativa que incluiu 67 estudos realizados em 32 países evidenciou que tanto mulheres, quanto profissionais de saúde expressaram que a melhoria da qualidade do ambiente físico favorece a promoção de cuidado respeitoso na maternidade para humanizar o processo de nascimento (SHAKIBAZADEH et al., 2017).

No entanto, estudos em relação à estrutura física inadequada nas maternidades, em especial nos centros obstétricos, evidenciaram insatisfação dos profissionais, uma vez que se demonstrou como uma das barreiras para a prestação dos cuidados, a qual interferiu negativamente na assistência humanizada e na implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, indo ao encontro dos resultados deste estudo evidenciados pelos discursos dos profissionais (ALVES et al., 2017; DODOU et al., 2017; FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017).

Outra dificuldade evidenciada pelas falas está relacionada à quantidade insuficiente de profissionais para a assistência do cuidado, que ocasiona sobrecarga

de trabalho e não garante a atenção necessária a ser dispensada a mulher em processo de parturição, conforme se segue:

*“Aqui no nosso serviço nós realizamos um atendimento ótimo, porém somos poucos profissionais. Poucos funcionários e acúmulo de serviço, na verdade. Se der um pouco de atenção para a paciente, atrasa todo o restante do trabalho que tenho para fazer.” (PE01)*

*“Também há falta de tempo, por sermos em poucos profissionais. Mas acho que aqui não se favorece o desenvolvimento das boas práticas obstétricas e o vínculo com a paciente, pois somos poucos funcionários para dar a assistência certa para a paciente.” (PE18)*

*“Às vezes poucos profissionais para tantas pacientes. Não dá para dar tanta atenção assim como gostaria.” (PE25)*

*“Entre as dificuldades, aqui você não tem tempo de ficar com a paciente. Então não fazemos nosso papel no pré-parto e é quem você dá menos atenção.” (PE27)*

Segundo a OMS um dos principais requisitos de recursos para o cuidado à mulher em processo de parturição está relacionado ao número suficiente de profissionais qualificados para garantir cuidados dignos e contínuos a todas as mulheres (WHO, 2018). Fato este comprovado no estudo de Shakibazadeh et al. (2017), em que a melhoria da qualidade no sistema de saúde é determinada, além de outros fatores, pelo dimensionamento adequado de prestadores de cuidados de saúde.

Profissionais qualitativamente e quantitativamente inadequados contribuem para a baixa qualidade da atenção, que, além de proporcionar sobrecarga no processo de trabalho, dificulta o processo de comunicação entre profissional e parturiente, em que muitas vezes levam mulheres a tentar responder suas dúvidas e inquietações com pessoas inexperientes (BOHREN et al., 2014).

Uma revisão integrativa demonstrou que existe relação entre o dimensionamento de profissionais de enfermagem e a segurança do paciente, em que a sobrecarga de trabalho consequentemente aumenta os índices de EAs, fato este que contribui para resultados insatisfatórios no processo de parturição (LIMA et al., 2016). Assim, ter profissionais em quantidade e qualidade suficientes se torna requisito primordial para assistência de qualidade e segura àqueles que estão envolvidos no processo de parto e nascimento (GREGÓRIO et al., 2015).

Neste contexto, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 543/2017 estabelece parâmetros mínimos para o dimensionamento quantitativo dos profissionais de enfermagem e tem como requisito orientar as instituições de saúde no planejamento quantitativo para a prestação da assistência de enfermagem, estabelecendo características importantes para o dimensionamento adequado, com a finalidade de garantir a segurança e qualidade assistencial (COFEN, 2017).

E, ainda, alguns profissionais citaram como dificuldade o não preenchimento oportuno do partograma para acompanhamento da progressão do trabalho de parto. Apesar de não ser uma atividade específica da enfermagem neste serviço, o seu preenchimento garante uma visualização adequada de como está a progressão do trabalho de parto, o que facilita determinar os cuidados de enfermagem necessários.

*“O partograma é para acompanhar [...]” (PE07)*

*“O partograma não é uma coisa que fica no prontuário para acompanharmos [...]” (PE27)*

*“Não se tem o hábito de fazer o partograma para acompanhar.” (PE20)*

O partograma é uma ferramenta que tem como objetivo o monitoramento do trabalho de parto e sua progressão pelos profissionais de saúde, visando ao bem-estar materno e fetal. É um instrumento de uso amplo, apoiado por profissionais de saúde e recomendado pela OMS para uso em trabalho de parto na sua fase ativa com uma linha de ação de quatro horas, o qual permite acompanhar e determinar distocias com tomada de decisão para correções apropriadas em relação a estes desvios (WHO et al., 2015; WHO, 2018).

Uma revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que incluiu seis estudos com envolvimento de 7706 mulheres, comparou partogramas com linhas de ação de quatro e de duas horas, ficando evidente que a utilização de partograma com linha de ação de quatro horas diminui a propensão do volume de infusão de ocitocina e de taxa de cesáreas em comparação com o de linha de ação de duas horas, sendo esta diferença estatisticamente significativa (LAVENDER; HART; SMYTH, 2013).

No entanto, apesar de ser um instrumento aceito e utilizado por muitos anos, dois estudos de revisão evidenciaram como barreiras: a pouca disponibilidade de sua aplicação, profissionais com conhecimento limitado, treinamento, e o seu uso inadequado (OLLERHEAD; OSRIN, 2014; BEDWELL et al., 2017).

Estudos na Nigéria demonstraram o despreparo dos profissionais, baixa utilização e limitações de conhecimento em relação à utilização do partograma (FWACN et al., 2014; OKOKON et al., 2014). Outro estudo desenvolvido na Etiópia demonstrou o uso inadequado, em que as informações encontravam-se deficientes (ABEBE et al., 2013). E, ainda, um estudo no Brasil, apesar de evidenciar a forte adesão à utilização do partograma pelos profissionais, identificou barreiras no que se refere à padronização da avaliação obstétrica realizada pelos profissionais e também do seu preenchimento (ALEXANDRE; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2016).

Tal situação repercute na qualidade e segurança da assistência à mulher em processo de parturição, o que corrobora com contínuos desfechos negativos na assistência ao parto e nascimento, sendo necessário implementar estratégias para melhorar os resultados e garantir um processo de nascimento satisfatório (OLLERHEAD; OSRIN, 2014; ALEXANDRE; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2016; BEDWELL et al., 2017).

#### 4.1.4 Classe 4 – Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem

A classe 4, caracterizada em “Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem”, representou 16,4% dos STs. As palavras com maior significância foram: **momento, necessário, segurança, sinal, enfermagem, atenção, psicológico, queixa, além, familiar, importante, apoio, conforto, vital e**

**atendimento**, cujo  $X^2$  das palavras variou de 35,84 a 15,07 e p, de  $<0,0001$  a 0,0001.

Os STs analisados relacionaram-se à percepção e vivência dos profissionais de enfermagem quanto ao processo de parturição e o que este momento representa para a mulher que o vivencia na ótica dos profissionais, como se observa nas seguintes falas:

*“É atender a mulher na fase mais importante de sua vida. Garantindo companhia e acolhimento. Estar junto, respeitar, mostrar a satisfação de participar de um momento muito importante na vida dela.”* (PE06)

*“A paciente precisa sentir segurança.”* (PE09)

*“Visa apoiar a família no momento do parto. Momento este prioritário, podendo tornar desde a entrada no serviço um momento menos doloroso e mais prazeroso [...] É um momento muito importante para toda família [...]”* (PE10)

*“É um momento especial, inesquecível. Uma das nossas funções é preservar esse momento. Tenho o dever de preservar o momento da paciente. Não posso deixar que esse momento seja estragado por nada.”* (PE13)

*“O principal é o cuidado com a parte psicológica da paciente, ouvir, falar. Acolhimento à mãe, recém-nascido e familiar. Conforto físico, ambiente e segurança.”* (PE21)

*“É um momento especial e de dor.”* (PE24)

O processo de parturição é um momento muito marcante na vida da mulher, sendo um evento de extrema ansiedade e de dor, em que os cuidados durante este processo permeiam fatores além de assistenciais, a fim de se alcançar a humanização (FRIGO et al., 2017).

Segundo Lima (2005, p. 72) “a realização dos rituais de enfermagem envolve um mundo de sentimentos e sensações fortes que homogeneizam e se concentram

em cada forma particular de cuidar de cada pessoa”. Neste contexto, a enfermagem se constitui em uma ciência humana, com ponto central nos seres humanos e nas suas inúmeras relações do cotidiano, em que é necessário perceber e reconhecer aspectos incomuns que se apresentam em diversos graus de complexidade na prestação do cuidado. As ações de enfermagem têm importância vital e é por meio delas que as mulheres vencem os limites em relação ao processo de parturição (LIMA, 2005; RAMOS et al., 2018).

Um estudo evidenciou que a maioria dos profissionais de enfermagem entendia que a mulher deve ser a protagonista durante o trabalho de parto e parto e ainda reconheceram o papel fundamental que possuem durante todo o processo de parturição, ajudando, favorecendo a autonomia da mulher e sua participação ativa (BRAGA; SANTOS, 2017).

No entanto, um estudo de revisão sistemática evidenciou que muitas vezes as mulheres, ao chegarem a uma instituição, experimentavam atrasos na prestação de cuidados, em que as falhas na comunicação eram evidentes, pois os profissionais de saúde eram frequentemente lentos para responder às suas necessidades e havia falta de informação em relação ao progresso do trabalho de parto (BOHREN et al., 2014).

Também se pode analisar pelas falas dos profissionais de enfermagem, que abordaram fatores importantes no processo de parturição, demonstrando o ponto de vista perante a vivência neste processo. Evidenciaram a atenção, cuidado emocional e segurança dentre os fatores importantes e necessários à mulher em processo de parturição, conforme relatado a seguir:

*“Passar segurança para a paciente, não comparar ela com outro caso.” (PE6)*

*“A atenção é extremamente necessária nesta hora. Atenção às queixas referidas, sinais vitais. [...] auxiliar na hora do parto. Auxiliar na hora do parto é o que mais precisa.” (PE18)*

*“Além dos sinais vitais e da parte técnica, a mulher precisa de muita atenção nesse momento, apoio e medidas de conforto. Acho que temos que passar*

*segurança e ficar atentos aos sinais de alerta. Temos que ter empatia com a mulher. Eu sempre pensei que a enfermagem é basicamente cuidadora.” (PE23)*

*“Ver a paciente como ser humano. Dar segurança, observar a individualidade de cada paciente e apoio psicológico.” (PE26)*

*“A todo o momento é importante estar junto da paciente. Orientar e passar para a paciente que estamos ali. Para poder confiar e ter um bom parto. Ter aquele tempo para dar uma boa assistência de enfermagem.” (PE28)*

*“É um momento muito crítico que a mulher está passando. Oferecer segurança e informação. Observar possíveis limitações físicas ou psíquicas. Assegurar que a enfermagem estará à disposição para auxiliar no momento em que for necessário.” (PE35)*

As mulheres almejam ter uma experiência positiva no processo de parturição e, dentre os fatores para seu alcance, se incluem a atenção, cuidado emocional e segurança, os quais contribuem significativamente para a humanização do atendimento (ROCHA et al., 2015; WHO, 2018).

Para a mulher em trabalho de parto e parto, a atenção dispensada durante este processo pelos profissionais de enfermagem tem grande relevância, pois os cuidados de enfermagem envolvem a capacidade de comunicação, que possibilita a criação de vínculo e apoio, e, além de estabelecer uma relação simétrica entre a mulher e a equipe, também proporciona confiança, segurança e satisfação (ROCHA et al., 2015; FERREIRA et al., 2017).

Em um estudo que incluiu 16 países e mais de 15.000 mulheres, evidenciou-se que o apoio emocional, medidas de conforto e informações durante o processo de parturição, além de aumentar a possibilidade de parto espontâneo, reduziram a necessidade de intervenções desnecessárias com terapias medicamentosas, contribuindo com menor tempo de trabalho de parto, promovendo assim um processo de parturição satisfatório e seguro (BOHREN et al., 2017).

No entanto, apesar dos benefícios da atenção prestada à mulher em processo de parturição, muitas mulheres se referiram a interações assimétricas entre a mulher

e o profissional de saúde como uma barreira para a procura de cuidados no processo de parto e nascimento, sendo que muitas vezes os profissionais foram verbalmente abusivos e desrespeitosos, demonstrando-se rudes e irritados, proporcionando assim um cuidado deficiente e sem sensibilidade (BOHREN et al., 2014).

#### 4.1.5 Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer

Os STs provenientes dos discursos dos profissionais de enfermagem na quinta classe, denominada de “Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer”, envolveram formas de cuidar que trazem benefícios para o processo de parto e nascimento, sendo representados por 14,8% dos STs. As palavras que demonstraram o sentido extraído nesta classe foram: **massagem, método, relaxamento, banho, alívio, cavalo, posição, acompanhante, dor, não farmacológicos, bola, orientar, e escolher**, com o  $\chi^2$  das palavras variando de 47,19 a 11,74 e p, de <0,0001 a 0,0006.

Os discursos gerados nesta classe evidenciaram o papel fundamental do acompanhante como recurso para o processo do cuidar e ainda destacou-se a importância de fornecer informações/orientações de como proceder, a fim de garantir sua participação ativa e benéfica no processo de parto e nascimento, assim como se observa nas seguintes falas:

*“Permitir ao acompanhante de escolha da paciente participar, pois eles podem ajudar nesse processo e orientar da sua importância. O acompanhante é uma peça fundamental.” (PE01)*

*“Estimular o acompanhante é melhor para a paciente, ela se sente mais segura e o parto é muito mais rápido [...] O acompanhante também é uma peça fundamental, e tem que ser de escolha da mulher, alguém que ela confie [...] ensinar o acompanhante a fazer massagem.” (PE07)*

*“Garantir a presença do acompanhante para que o mesmo auxilie nos cuidados de alívio da dor. Então, orientar o acompanhante a realizar esse manejo. É*



*importante que esse acompanhante seja de escolha da mulher e que ele seja orientado previamente.” (PE14)*

*“Orientar o acompanhante para ajudar nesse processo, orientar a fazer massagem na paciente, dar apoio psicológico e emocional [...] Ensinar o acompanhante no momento que a paciente está com dor como fazer massagem, como dar carinho.” (PE16)*

*“Orientações adequadas tanto para a mãe e acompanhante de todo o processo.” (PE22)*

*“Eu acho que para a mulher ter o acompanhante de escolha é uma condição que ajuda muito.” (PE25)*

*“Orientações ao acompanhante em como auxiliar a paciente em trabalho de parto.” (PE27)*

O acompanhante é um provedor de apoio contínuo à mulher em processo de parturição, este deve ser de sua escolha exclusiva e não devem ser medidos esforços para encorajar e implementar este recurso na prestação de cuidados de saúde à mulheres que vivenciam este momento, inclusive respeitando o desejo de mulheres que preferem não os ter presentes, apesar de ser uma prática comprovadamente benéfica (PALINSKI et al., 2012; WHO, 2018).

Apoiar e facilitar para que as mulheres em trabalho de parto e parto escolham um acompanhante, além de ser um componente importante de cuidado respeitoso na maternidade, se trata de uma abordagem baseada em direitos humanos e garantida no Brasil por meio de legislação vigente (BRASIL, 2005; SHAKIBAZADEH et al., 2017).

Uma revisão sistemática da Cochrane, que forneceu dados de 17 países, incluindo o Brasil, e envolvendo quase 16.000 mulheres, evidenciou que o apoio contínuo por meio do acompanhante de escolha da mulher pode melhorar os resultados para mulheres e RNs, dentre eles, com maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, tempo menor na duração do trabalho de parto, redução das

*“Auxiliar nos métodos de alívio da dor e orientar sobre o que vai acontecer [...] Orientações das rotinas, do andamento do processo de parto. Origem da dor, métodos e exercícios eficazes durante o trabalho de parto.” (PE27)*

*“Orientação de como a paciente pode ajudar para que o trabalho de parto evolua. Quanto ao banho, deambular, bola, cavalo e quanto à posição que possibilita melhor conforto.” (PE34).*

*“[...] instruir a paciente sobre seus direitos, que ela pode escolher a posição do parto [...]” (PE12)*

Um dos fatores mais importantes para a mulher no processo de parturição consiste no alívio da dor. Os métodos não farmacológicos estão sendo gradativamente valorizados e inseridos na prática assistencial em instituições hospitalares, garantindo menos intervenções e a desmedicalização no processo assistencial, o que corrobora com resultados satisfatórios para o bem-estar da mulher (OMS, 1996; SOUSA et al., 2016; WHO, 2018).

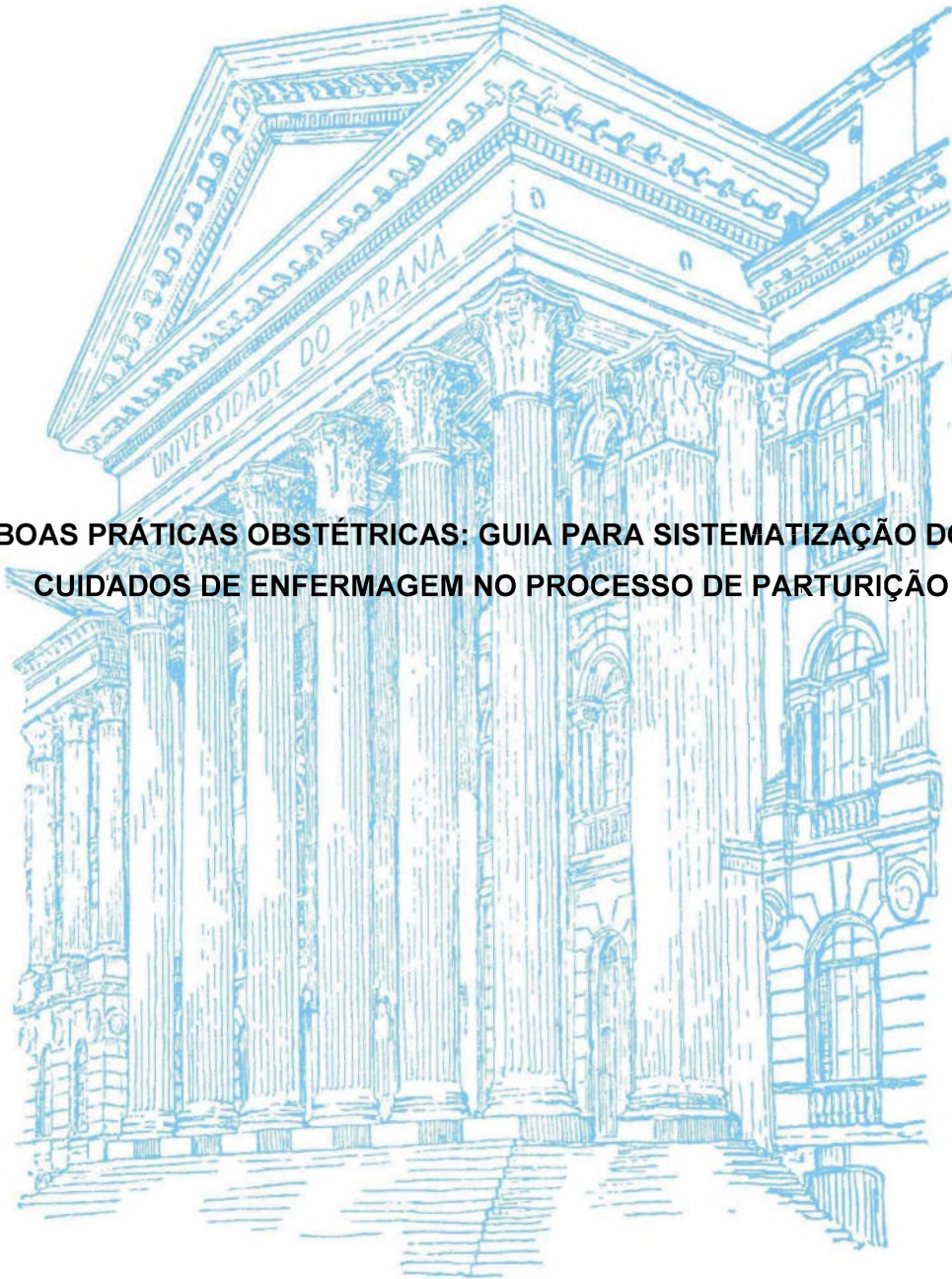
Estudos descrevem que dentre os métodos não farmacológicos mais utilizados que auxiliam durante o trabalho de parto estão: deambulação e mudança de posição na primeira fase do trabalho de parto, pois propicia mobilidade, tornando-se uma estratégia importante para o alívio da dor e para abreviar o trabalho de parto; massagem, exercício respiratório, técnica de relaxamento, banho de chuveiro e de imersão na fase ativa do trabalho de parto, pois se mostraram eficazes no alívio da dor, proporcionando redução da ansiedade, relaxamento muscular e melhor satisfação da mulher; e a bola suíça, pois proporciona posição vertical, relaxamento da musculatura lombar e perineal, facilitando a circulação materno-fetal (BARBIERI et al., 2013; MAFETONI; SHIMO, 2014; ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015; SOUSA et al., 2016).

Um estudo na Espanha buscou, por meio de comparação, descrever as diferenças nos resultados obstétricos e na satisfação das mulheres em relação ao modelo biomédico e modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento; no modelo humanizado foi garantida a oferta dos métodos não farmacológicos, apoio emocional, psicológico, orientações e informações, promovendo assim a

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANA APARECIDA PILER

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**



CURITIBA

2018

ADRIANA APARECIDA PILER

**BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Prática profissional de Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2018

Piler, Adriana Aparecida

Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição /  
Adriana Aparecida Piler – Curitiba, 2018.  
166 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Marilene Loewen Wall

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Parto humanizado. 4. Trabalho de parto. I. Wall,  
Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

## TERMO DE APROVAÇÃO

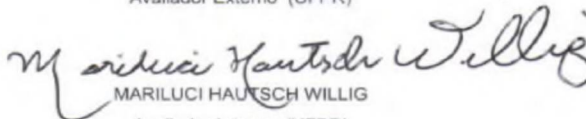
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ADRIANA APARECIDA PILER** intitulada: **BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: Guia para a Sistematização dos Cuidados de Enfermagem no Processo de Parturição**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **A PROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 12 de Junho de 2018.

  
MARILENE LOEWEN WALL  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO  
Avaliador Externo (UFPR)

  
MARILUCI HAUTSCH WILLIG  
Avaliador Interno (UFPR)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo, pois, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, muitas vezes acarretando sobrecarga de trabalho, se organizaram durante os plantões e fizeram-se presentes durante a realização das oficinas, os quais enriqueceram as discussões, compartilharam conhecimento e contribuíram com a construção dos protocolos assistenciais para a mulher em processo de parturição.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo seu infinito amor, por sempre estar presente em minha vida, me inspirar, guiar e fortalecer em toda esta caminhada. Creio em Ti mais que tudo.

À minha **família** que amo tanto e por ser meu porto seguro. Em especial aos meus pais **Maria e Devanir**, pelo amor incondicional e pela educação a mim dispensada. Minha mãe, exemplo de mulher virtuosa, grande responsável e incentivadora pela minha trajetória na enfermagem e por sempre interceder por mim em suas orações. Às minhas **irmãs Rosana e Silvana**, por terem alegrado minha vida, presenteando-me com meus sobrinhos **Maria Eduarda, Gustavo e Rafaela**, os quais amo como meus filhos. Agradeço em especial à minha **irmã Rosana**, minha parceira de toda a vida, inclusive de profissão, juntas vivenciamos todas as dificuldades, angústias e alegrias durante toda a formação técnica e superior, por você tenho imensa admiração como pessoa e profissional, obrigada por todo o apoio durante esta etapa da minha vida.

Ao meu amado **esposo Vanderson**, por cuidar de mim em todos os momentos e assumir inúmeras tarefas para que eu pudesse ter mais tempo para estudar e conseguir concluir com êxito este estudo. Obrigada pelo companheirismo, por ser meu alicerce, presente de Deus e razão do meu viver, te amo por toda a vida.

À minha orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Loewen Wall**, que foi a luz que me guiou nesta trajetória acadêmica para concretização deste estudo. Só tenho a lhe agradecer pela serenidade, dedicação, carinho, incentivo e principalmente por sempre demonstrar otimismo, amenizando assim os momentos de angústia que me permearam. Tens o dom de ensinar e a admiro imensamente.

Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, titulares, suplentes e membro em formação, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiane Herreira Trigueiro, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariluci Hautsch Willig, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Maria Schefer Cardoso, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Dda. Deisi Cristine Forlin Benedet**, primeiramente por aceitarem o convite e por disponibilizarem tempo para leitura e contribuir com o aprimoramento deste estudo, minha gratidão e admiração.

À **Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Hermann**, por aceitar participar da banca examinadora de qualificação e pelas considerações relevantes ao projeto de dissertação, muito obrigada.



À **Prefeitura Municipal de Colombo**, representada pela coordenadora da Atenção Básica **Adriana P. Cordeiro**, que permeou o processo de concessão de liberação para realização do Mestrado, contribuindo na minha formação profissional.

Ao **Complexo Hospital de Clínicas** pela oportunidade da realização deste estudo. À **UMI**, à **Dr.<sup>a</sup> Dulcimary Dias Bittencourt** e ao **Enf.<sup>o</sup> Me. Edinaldo Silva de Oliveira** pela autorização e incentivo para condução da pesquisa. À **Enf.<sup>a</sup> Dda. Flávia Lopes**, supervisora de Enfermagem da UMI por todo o auxílio durante o estudo e também nos momentos em que passei por dificuldades pessoais. À **Enf.<sup>a</sup> Esp. Raquel Colaço**, chefia imediata do CCOG, pelo incentivo. À **Enf.<sup>a</sup> Me. Maria Aparecida Zanellato**, **Enf.<sup>a</sup> Esp. Raissa Almeida Ramos** e **Enf.<sup>a</sup> Me. Rute Barbosa**, pela amizade, apoio e companheirismo em cada etapa e principalmente durante a coleta de dados.

A todos os **Profissionais de Enfermagem do CCOG** que participaram do estudo, minha imensa gratidão pela maravilhosa experiência vivenciada.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado Profissional da UFPR**, em especial a todos os docentes que proporcionaram significativos momentos de aprendizado.

Ao **grupo de Pesquisa NEPECHE**, pela forma carinhosa como fui recebida e pela importante experiência de compartilhar conhecimentos. À **Enf.<sup>a</sup> Me. Mariana Bertotti Mendes Nunes** pela troca de experiências. Em especial à **Enf.<sup>a</sup> Me. Juliane Dias Aldrighi**, me faltam palavras para lhe agradecer, obrigada pela parceria, companheirismo, pelos esclarecimentos das dúvidas, por me incentivar nos momentos de desânimo e por dividir comigo seus conhecimentos de forma tão carinhosa e sempre com disposição.

Aos **amigos e colegas da turma do Mestrado**, foram enriquecedores todos os momentos que passamos juntos.

À **equipe de profissionais da Unidade de Saúde da Mulher** do Município de Colombo, com os quais tive o imenso prazer de trabalhar durante longos sete anos da minha carreira e que estiveram presentes no início da minha caminhada no Mestrado, agradeço pela compreensão e apoio. A **todos os profissionais da Unidade de Saúde CAIC**, com os quais estou tendo o prazer de trabalhar há mais de um ano, minha gratidão pela compreensão e incentivo.

A todos os colegas e amigos, pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram, acreditaram e torceram por mim.

## EPÍGRAFE

*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.  
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.  
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.  
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.  
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte do saber.  
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

**Introdução:** O processo de parturição passou por mudanças nas últimas décadas, sendo institucionalizado e abordado como um processo patológico. Porém, com a compreensão de que o parto não deve ser determinado somente pelas evidências científicas e pelo excesso de intervenções muitas vezes desnecessárias, mas que deve ser também determinado pela individualidade e necessidade da mulher, tornando-a protagonista e garantindo-lhe a humanização deste processo, surgiu a inquietação no que tange aos cuidados de enfermagem em relação às boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Nesse sentido, elaborou-se a questão norteadora: Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

**Objetivo:** Construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

**Metodologia:** Para delineamento metodológico deste estudo utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial, realizada em um Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico de um hospital universitário do Sul do Brasil, no período de 6 de junho de 2017 a 31 de agosto de 2017. Contou com a participação de 36 profissionais de enfermagem que prestavam assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição. A coleta de dados se deu por meio de oficinas temáticas, com apoio de um roteiro norteador, e utilizou-se nesta etapa o processo denominado Quatro Erres (Rs) proposto por Trentini e Paim (2014). Para análise dos dados foram seguidos os seis passos de John W. Creswell (2010), e foi apoiada com uso do *software* Iramuteq, em que se empregou o método da classificação hierárquica descendente (CHD).

**Resultados:** Identificaram-se seis classes distintas; para cada classe atribuiu-se uma nomenclatura derivada da análise aprofundada, e denominaram-se: Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições; Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição; Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho; Classe 4 – Processo de Nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer; e Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição. **Considerações finais:** Foi possível evidenciar neste estudo que os profissionais de enfermagem compreendem que a instituição de protocolos assistenciais garante a sistematização da assistência e que a integração dos profissionais de enfermagem na construção contribuiu no aprimoramento do conhecimento em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. O presente estudo alcançou o objetivo com a construção dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição, constituindo produto desta dissertação, indo ao encontro dos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da Pesquisa Convergente Assistencial, fomentando e colaborando para que melhorias na prática assistencial sejam alcançadas, bem como o equilíbrio entre as evidências científicas, a humanização e protagonismo da mulher em processo de parturição.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Parto Humanizado. Trabalho de Parto.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, the process of parturition has become institutionalised and it is being approached as a pathological process. The understanding that childbirth should not be considered merely from the standpoint of scientific evidence, the excessive number of unnecessary interventions, and the need to respect the individuality and desires of women to ensure their protagonism and a more humanised process have led to some concerns regarding nursing care and the best nursing practices in labour and childbirth. Consequently, the guiding question of this study was: how can we systematise nursing care for parturient women based on good care practices during labour and the birth? **Objective:** To build, with the nursing professionals, care protocols that can guide nursing care provided to women in the process of parturition based on good labour and childbirth practices. **Methodology:** The study design was based on a convergent care study conducted at an obstetric and gynaecological surgical centre in a university hospital in southern Brazil, from 6 June to 31 August 2017. The study was conducted with 36 nursing professionals who provided direct and indirect care to parturient women. Data were collected using thematic workshops with a guiding script and a process called the Four R's (4 Rs) proposed by Trentini and Paim (2014). Data were analysed according to the six steps of John W. Creswell (2010) and supported using **Iramuteq** software based on top-down hierarchical clustering. **Results:** Six different classes were identified and each class was attributed a nomenclature derived from in-depth analysis, as follows: Class 1 - Care protocols: repercussions, importance, and contributions; Class 2 – Protagonism, autonomy, and privacy of parturient women; Class 3 - Difficulties in the work process; Class 4 – Birth process: the understanding of nursing professionals; Class 5 – Care contributions for a better birth; and Class 6 – Weaknesses/Limitations in parturition. **Final considerations:** Results showed the nursing professionals understand that the use of care protocols ensures the systematisation of care and the integration of nursing professionals in the construction of these protocols helped to improve knowledge of nursing care for parturient women based on the best labour and childbirth care practices. The objective of this study was reached with the construction of a nursing care protocol, the product of this dissertation, for parturient women, as required by the professional master's programme and convergent care research. Thus, this study fosters and contributes to the improvement of care practices and to finding a balance between scientific evidence, humanisation, and women's protagonism in the process of parturition.

Keywords: Obstetric nursing. Nursing care. Humanizing delivery. Labour, obstetric.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS – CATEGORIA A.....	23
QUADRO 2 – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS – CATEGORIA B .....	24
QUADRO 3 – PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTE PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO – CATEGORIA C .....	24
QUADRO 4 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO – CATEGORIA D.....	25
QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 .....	30
QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES.....	34
QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA .....	37
QUADRO 8 – DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)” .....	43
FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ.....	59
FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ .....	60
FIGURA 3 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES COM AS PRINCIPAIS PALAVRAS GERADO PELO IRAMUTEQ E SUAS RESPECTIVAS NOMEAÇÕES BASEADAS NA ANÁLISE DOS DADOS .....	61
FIGURA 4 – DENDOGRAMA (CHD) DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ.....	90
FIGURA 5 – DENDOGRAMA (CHD) DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS PALAVRAS PRESENTES NAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ.....	92
QUADRO 9 – SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO.....	93

## LISTA DE SIGLAS

ABENFO	- Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCOG	- Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
DSTs	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAs	- Eventos Adversos
FEBRASGO	- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
PE	- Profissional de enfermagem
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
REHUNA	- Rede pela Humanização do Nascimento
RN	- Recém-Nascido
ST	- Segmento de texto
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMI	- Unidade Materno-Infantil
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	- Unidade Terapia Intensiva
$\chi^2$	- Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
2.1 DESENVOLVIMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER	21
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	33
<b>3 METODOLOGIA</b>	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.1.1 Fase de concepção	38
3.1.2 Fase de instrumentação	39
3.1.2.1 Espaço físico da pesquisa	39
3.1.2.2 Participantes da pesquisa	40
3.1.2.3 Negociação da proposta	41
3.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	42
3.1.3 Fase de perscrutação	47
3.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas temáticas	48
3.1.3.1.1 Desenvolvimento da oficina 1 – Interação e Sensibilização	48
3.1.3.1.2 Desenvolvimento da oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas	50
3.1.3.1.3 Desenvolvimento da oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem	51
3.1.3.1.4 Desenvolvimento da oficina 4 – Protocolos Assistenciais	52
3.1.4 Fase de análise	53
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	58
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	59
4.1 CLASSES	60
4.1.1 Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições	62
4.1.2 Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição	68
4.1.3 Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho	71
4.1.4 Classe 4 – Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem	76
4.1.5 Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer	80



4.1.6 Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição.....	84
4.2 AS CLASSES E SUAS RELAÇÕES .....	89
4.3 SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO .....	92
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE 2 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO CCOG .....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS .....</b>	<b>120</b>
<b>APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS TEMÁTICAS .....</b>	<b>123</b>
<b>APÊNDICE 5 – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>164</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento da parturiente na chegada à maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto e parto é de fundamental importância para o sucesso no processo de nascimento, contexto este permeado pela qualidade assistencial.

A qualidade assistencial envolve um conceito amplo e pode ser definida mediante seis objetivos específicos com foco no paciente, sendo: a segurança a fim de não sofrer danos em consequência da assistência, nem esse dano ser proveniente do atendimento dos profissionais; efetividade com prática baseada em evidências, com atitudes consistentes a fim de evitar cuidados ineficazes que podem provocar mais danos do que benefícios; centralidade no paciente com foco em relação às suas necessidades, valores e preferências; oportunidade com cuidados em tempo apropriado a fim de evitar perigosos atrasos; eficiência com uso de recursos a fim de beneficiar o paciente; e equidade a fim de assegurar cuidados e benefícios necessários para todos (IOM, 2001).

Em obstetrícia a qualidade assistencial é o processo pelo qual uma mulher grávida e seu bebê recebem os cuidados adequados, os quais garantam o processo de nascimento seguro durante todo o ciclo gravídico-puerperal, independente do local de ocorrência do parto (FORNAZARI, 2009). Esses cuidados assistenciais não devem causar danos nem esses danos devem ser provocados por pessoas que prestam esse cuidado. Neste processo permeia a segurança do paciente como parte da qualidade, sendo um dos seus mais críticos componentes e que visa à evitabilidade, prevenção e melhorias de resultados adversos provenientes do processo assistencial (VINCENT, 2011).

O parto é definido como um fenômeno iniciado com as contrações uterinas do corpo gravídico até a dilatação total do colo e a total expulsão do feto, da placenta e das membranas (BRASIL, 2017). Nozawa e Schor (1996) acrescentam que, aliados a essa questão mais específica e fisiológica, os temores e medos decorrentes do desconhecimento das modificações próprias ao processo da gestação são expressos com bastante frequência, em especial, os temores relativos ao momento do parto.

Nos últimos 60 anos, diante da alta mortalidade materna, o processo de parturição, que era natural, tornou-se tecnocrático, o que acontecia no ambiente

habitual e familiar passou a acontecer em um ambiente diferente e com pessoas desconhecidas, e, ainda, a mulher, que era protagonista, passou a ser sujeito secundário. Segundo Caron e Silva (2002, p. 486) “essa prática assistencial tem provocado crescente angústia nas mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de risco e de dor física”.

Os temores durante o processo de parturição podem estar relacionados à angústia, conforme apontam Dias e Deslandes (2006) em pesquisa sobre expectativas em relação à assistência ao parto, em que verificaram que esta angústia das parturientes está relacionada com pouca ou nenhuma informação e oportunidade de esclarecerem suas dúvidas durante o ciclo gravídico-puerperal. As mulheres sentem-se abandonadas, pois os profissionais raramente se identificam ou envolvem-se em outras atividades além do cuidado com o processo de parturição. Assim, as mulheres ficam inseguras e acatam todas as ordens dos profissionais da saúde, tendo sua autonomia relegada à decisão do outro.

Fator que contribui para a redução desses temores é a relação de confiança estabelecida com o profissional envolvido no processo assistencial, o que faz com que esta angústia seja reduzida e se fortaleçam sentimentos positivos que tranquilizam a parturiente (FRELLO; CARRARO, 2010; ROCHA et al., 2015). Quando não é efetivado este relacionamento, as inseguranças e angústias são exacerbadas e o processo de parturição pode se tornar uma experiência negativa.

O processo de parturição envolve também a ambiência, instituída pelo Programa Nacional de Humanização, sendo compreendida não apenas pelo espaço físico, mas, com o envolvimento do espaço social, profissional e das relações interpessoais, enfatiza a qualidade do serviço e valoriza a atenção acolhedora, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2010).

As condições do ambiente influenciam positiva ou negativamente, assim como na evolução do parto. Dentre elas podemos citar: os ruídos; a temperatura; a falta de privacidade; a exposição (MACEDO et al., 2005; FRELLO; CARRARO, 2010; PIVATTO; GONÇALVES, 2013; FERREIRA et al., 2013).

O processo de parturição necessita que a mulher esteja concentrada em si mesma, que os meios externos não interfiram e sim que garantam tranquilidade e relaxamento para que este torne-se um momento prazeroso. Para isso é preciso privacidade, silêncio, temperatura agradável, entrar em contato com ela mesma, só

assim os hormônios contribuirão para um processo de parturição satisfatório (MACEDO et al., 2005; FERREIRA et al., 2013).

Todos os fatores em relação a condições do ambiente, recursos humanos e relação paciente-profissional podem de alguma forma favorecer aos eventos adversos (EAs). Segundo Gallotti (2004, p. 104), os EAs “são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base”. Alguns fatores contribuem diretamente para a ocorrência de eventos adversos no atendimento hospitalar, como: idade dos pacientes, gravidade do quadro clínico inicial, existência de comorbidades, duração e intensidade do cuidado prestado, fragmentação da atenção à saúde, a inexperiência de jovens profissionais envolvidos no atendimento, sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, introdução de novas tecnologias e o atendimento de urgência. Eventos adversos cirúrgicos e aqueles relacionados ao uso de drogas correspondem às categorias mais frequentes (GALLOTTI, 2004).

Existe um amplo conjunto de desfechos negativos que podem comprometer a saúde da mulher durante o processo de parturição, tendo em vista a passagem do bebê pelo canal do parto, duração do trabalho de parto e indução, presença de anestesia, realização de episiotomia, fatores relacionados à assistência e que profissional a assiste. Estes se associam a EAs de maior e menor complexidade, sendo a hemorragia pós-parto e lacerações perineais de diversos graus os EAs mais frequentes, seguidos das complicações infecciosas, histerectomia, ruptura uterina, admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e ainda as complicações anestésicas (REIS, 2012; BRASIL 2014c).

Os dados estatísticos de nascimento, local de ocorrência e o tipo de parto também são importantes quando pensamos em EAs, visto que são aproximadamente três milhões de nascimentos no Brasil a cada ano, correspondendo ao atendimento de aproximadamente seis milhões de pessoas, sendo mães e recém-nascidos (RNs); destes, cerca de 98% (2.932.236 milhões) acontecem em ambiente hospitalar e cerca de 57% correspondem a parto cesáreo (BRASIL, 2014a). Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (OMS,

2015). A taxa ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25% e 30% (SOUZA et al., 2016).

Diante desses dados, bem como do modelo assistencial aplicado e da vivência profissional, identifica-se que a ocorrência de EAs em relação à assistência prestada no processo de parturição em ambiente hospitalar pode ser elevada e, por isso, mudanças e vigilância para que não ocorram devem ser intensas.

Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde assegurar que o ciclo gravídico-puerperal transcorra de forma segura e com qualidade. No entanto, é necessário que os cuidados prestados à mulher em processo de parturição ocorram de forma convergente e que sejam guiados pelas boas práticas obstétricas, no que se incluem o parto e o nascimento, baseadas em evidências científicas, segundo determina o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

O interesse por desenvolver este estudo surgiu pela vivência em oficinas e seminários de parto ativo e humanizado, que proporcionou uma visão diferenciada em relação à prática assistencial, com a compreensão de que o parto não deve ser determinado somente pelo conhecimento científico e intervencionista dos profissionais de saúde. Mas que deve ser também determinado principalmente pela individualidade e necessidade da mulher, bem como sua valorização, tornando-a protagonista no processo de parturição. Diante desta visão e entendimento, veio a inquietação no que tange aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição, no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG) de um hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) de grande porte.

#### O hospital cenário deste estudo

“participa do Programa Mãe Curitibana, que objetiva a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade, em ações conjuntas desenvolvidas pelo município e os serviços de saúde, com a finalidade de melhorar o acesso ao parto com a complexidade e a qualidade necessária, e do Programa Mãe Paranaense/Rede Cegonha que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2014b).

Percebe-se que, mesmo com os avanços significativos das políticas públicas de saúde em relação ao atendimento humanizado ao parto e nascimento, melhoria da qualidade assistencial e segurança obstétrica, nem todos os profissionais

possuem o conhecimento em relação a esses avanços e às recomendações destes Programas, ocorrendo um descompasso entre o que se recomenda e a prática assistencial (MILFONT et al., 2011; BARROSO LUCAS et al. 2015; WHO, 2018).

Ao observar as práticas realizadas no CCOG e as determinações da OMS em relação às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e do Ministério da Saúde (MS) em relação à Rede Cegonha e as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, percebe-se que ainda existe uma valorização das técnicas e procedimentos em detrimento da assistência humanizada e formação de vínculo entre o profissional e a mulher, o que favorece divergências entre o cuidado prestado e o que é recomendado (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Estas divergências assistenciais relacionam-se às práticas na assistência ao parto e nascimento no que diz respeito ao acolhimento, vínculo e comunicação. Relacionam-se com monitorar o bem-estar físico e emocional, respeitar o direito da mulher à privacidade no local de parto, apoio empático, explicações e informações de procedimentos, métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de movimentação e posição, informar a importância de posições não supinas (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; WHO, 2018). Todas essas ações poderiam ser realizadas e incentivadas pela equipe de enfermagem em sua totalidade, porém observamos que nem sempre as ações que competem em sua maioria à enfermagem são realizadas em sua totalidade.

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são práticas comuns determinadas para a condução no processo de parturição, orientam para o que deve e o que não deve ser feito, foram baseadas em evidências científicas definidas por pesquisas realizadas no mundo, com a finalidade de promover uma assistência adequada no processo de parturição e que ajude a mulher a passar por este processo de forma mais segura, tranquila e satisfatória (OMS, 1996; VIEIRA et al., 2016).

Costa (2015), em pesquisa sobre Boas Práticas na Assistência ao Parto e ao Nascimento, verificou que é necessário investir em palestras, protocolos e cursos para conscientização e conhecimento de todos, a fim de gerar possibilidades e caminhos para que os profissionais da enfermagem consigam executar as boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

Portanto, a realização deste estudo é relevante para a prática profissional, pois desperta a reflexão dos profissionais de enfermagem para a discussão e planejamento da sistematização dos cuidados à mulher em processo de parturição, ao instituir protocolos assistenciais para o cuidado de enfermagem.

Para as instituições de saúde, o estudo também se mostra relevante no que diz respeito à sistematização dos cuidados de enfermagem, pois contribui com a redução de falhas assistenciais e, conseqüentemente, de EAs.

Para a sociedade, a sistematização dos cuidados de enfermagem, baseados nas boas práticas obstétricas, é relevante na medida em que garante uma assistência humanizada às parturientes, contribui para sua satisfação e melhora o relacionamento paciente-profissional. Desse modo, o ambiente hospitalar torna-se mais agradável, a mulher sente-se segura e o profissional de enfermagem pode desempenhar um cuidado eficaz.

Esta pesquisa veio ao encontro do pensamento de Silva (2013), pois tem a capacidade de construir práticas de assistência humanizada, permitindo perceber que ligações estabelecidas entre indivíduos e profissionais geram condutas para uma convivência saudável, que potencializa situações de saúde humanizada.

Nessa perspectiva, pode-se conhecer o contexto em relação ao cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem e identificar desafios inseridos na prática assistencial.

Segundo Silva (2013, p. 18) “é prioridade desenvolver pesquisas desta natureza, que apontem caminhos capazes de informar e formar profissionais na articulação e efetivação de ações de alta prioridade, que fortaleçam e produzam saúde e oportunizem soluções para as situações vividas no ambiente hospitalar”.

Diante do exposto, se deu origem à seguinte pergunta de pesquisa:

**Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?**

Portanto, por fazer parte da equipe e desenvolver a prática assistencial em um CCOG de uma instituição pública, que tem como finalidade a qualidade assistencial e a atenção humanizada ao processo de parturição, e por não ter protocolos assistenciais escritos e atualizados baseados nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento recomendadas pela OMS e MS, este estudo objetiva:

- **OBJETIVO GERAL**

**Construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.**

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição;**

**Sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à necessidade de protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição;**

**Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição e assim identificar os fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde;**

**Propor possibilidades para a sistematização da assistência de enfermagem à mulher em processo de parturição.**



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A enfermagem não pode ser considerada como uma atividade técnica científica isolada, mas como prática social. Em sua evolução como profissão, a enfermagem moderna ou profissional surge, segundo Almeida (1985), na segunda metade do século XIX e isso se deve às transformações sociais, econômicas, políticas e pela ciência com definições relativas à saúde. Na enfermagem relacionada à saúde da mulher estas transformações ocorrem e a prática profissional vem sendo determinada por tais transformações, por meio das políticas públicas de saúde.

Assim, a revisão de literatura deste estudo busca descrever o desenvolvimento das políticas públicas no contexto da saúde da mulher, como a prática assistencial está amplamente relacionada ao seu desenvolvimento e como se caracterizam os modelos de atenção ao parto e nascimento.

E, ainda, por meio de uma revisão integrativa buscou-se delinear os conhecimentos publicados na literatura científica sobre os fatores que determinam os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e, dessa forma, fornecer subsídios para fortalecer a sistematização da assistência de enfermagem relacionada às melhores práticas, ou seja, práticas benéficas para o processo de parturição. Este manuscrito foi submetido para publicação e encontra-se em fase de avaliação.

### 2.1 DESENVOLVIMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde direcionadas para a gravidez e parto no ano de 1984, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado pelo MS (BRASIL, 2011a). Diante da representatividade dos problemas relacionados à saúde da mulher no Brasil, tais como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), o MS decide lançar o PAISM.

Como política de saúde, o PAISM surge como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina, visto que nas décadas de 30, 50 e 70 essa visão em relação à saúde da mulher era reducionista e limitava-se ao seu

papel de mãe e doméstica, responsável pelo cuidado da família. Com a implantação do programa, houve reações favoráveis por este grupo que lutava por uma assistência à saúde da mulher não centralizada no cuidado materno-infantil (BRASIL 2011a).

O PAISM incorporado nos princípios de integralidade e equidade da atenção abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando ações para o planejamento reprodutivo, atenção ginecológica, atenção obstétrica, DSTs, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL 2011a).

Quanto às políticas públicas voltadas para a atenção ao parto no âmbito internacional destacam-se a realização, por parte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e dos escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas, três conferências de consensos sobre a tecnologia apropriada para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento, realizadas na década de 80.

A primeira foi em Washington, Estados Unidos, em novembro de 1984, com os temas referentes aos cuidados no pré-natal, fatores sociais, recursos humanos, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e nascimento. A segunda foi realizada em Fortaleza, Brasil, em abril de 1985; esta conferência fez recomendações para o adequado acompanhamento pré-natal, dando destaque às dimensões sociais e emocionais no cuidado do pré-natal e parto, abolindo o uso rotineiro de diversas práticas consideradas inadequadas com o intuito de garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e de seu RN, tendo como resultado um relatório denominado a “Carta de Fortaleza”. A terceira foi realizada em Trieste, Itália, em outubro de 1986, e enfatizou os direitos fundamentais garantidos à mulher para atitudes e práticas na assistência ao parto, nascimento e pós-parto (VASCONCELOS, 2010; OREANO et al., 2014; MORATÓRIO, 2015).

No Brasil, em 1993, foi elaborado um documento a partir da reunião com vários grupos e pessoas, com a finalidade de discutir a situação atual do nascimento, denominado “Carta de Campinas”. A partir deste documento fundou-se a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) agregando pessoas, profissionais, grupos e entidades com vistas à humanização do parto e nascimento e protagonismo da mulher (RATTNER et al., 2010; SENA; TESSER, 2017).

Devido às críticas ao excesso de intervenções no processo de parturição, pesquisas foram desenvolvidas por vários grupos de profissionais em todo o mundo, e passou-se a sistematizar os estudos com foco na eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, este movimento ficou conhecido como medicina baseada na evidência científica (VASCONCELOS, 2010; MORATÓRIO, 2015).

Em decorrência dessas reuniões, em 1996 foram publicadas pela OMS recomendações sobre tecnologias para atenção a esse evento, classificando as práticas com base em evidências científicas, denominadas de boas práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996).

O QUADRO 1 apresenta o Grupo A, correspondente às práticas benéficas a serem incentivadas.

QUADRO 1 – PRÁTICAS QUE SÃO DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS – CATEGORIA A

Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família.
Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
Condições estéreis ao cortar o cordão.
Prevenir hipotermia do bebê.
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 2 apresenta o Grupo B, correspondente a práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas.

QUADRO 2 – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS – CATEGORIA B

Uso rotineiro de enema.
Uso rotineiro de tricotomia.
Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
Cateterização venosa profilática de rotina.
Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
Exame retal.
Uso de pelvimetria por raios-X.
Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos.
Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
Lavagem rotineira do útero depois do parto.
Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 3 apresenta o Grupo C, correspondente às práticas com evidências insuficientes que demandam mais pesquisas.

QUADRO 3 – PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTE PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO – CATEGORIA C

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos.
Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto.
Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto.
Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
Clampeamento precoce do cordão umbilical.
Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação.

FONTE: OMS (1996).

O QUADRO 4 apresenta o Grupo D, correspondente às práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada.

QUADRO 4 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO –  
CATEGORIA D

Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
Controle da dor por agentes sistêmicos.
Controle da dor por analgesia peridural.
Monitoramento eletrônico fetal.
Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto.
Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.
Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
Cateterização da bexiga.
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
Parto operatório.
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
Exploração manual do útero depois do parto.

FONTE: OMS (1996).

Em 1996, no Brasil, o MS, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), OPAS e OMS, lançou o Projeto Maternidade Segura, que estabeleceu parâmetros para avaliação dos serviços, por meio de oito passos propostos para atingir os objetivos e alcançar o título “Maternidade Segura”. Os passos propostos incluíam: garantir informações sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar; incentivar o parto normal humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas; possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal; possuir arquivo e sistema de informação; e avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal. Esse estudo, além do intuito de melhorar a assistência materna e perinatal também pretendia reduzir a mortalidade (BRASIL, 1996; VASCONCELOS, 2010).

Em 1998 e 1999, o MS tomou iniciativas que tiveram como objetivo melhorar a qualidade assistencial obstétrica e a revalorização do parto normal, voltadas também às questões da humanização. Propôs um novo modelo para a assistência ao parto realizada por profissional enfermeiro obstétrico, considerando o disposto na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 que regulamenta o exercício da enfermagem. O Decreto n. 94.406 de 30 de março de 1987 e a Resolução do Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN) n. 0477 de 23 de abril de 2015, que define as atribuições do enfermeiro obstétrico na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, e assim incluiu, por meio da Portaria GM/MS nº 2.815 de maio de 1998, a realização do parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra na Tabela de Procedimentos do SUS (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987; BRASIL, 1998; COFEN, 2015).

Como reflexo desta valorização da profissão de enfermeiro obstétrico que reflete também na sua organização como categoria, através da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), o MS diante deste novo modelo, com a finalidade de garantir acesso universal e a diminuição da mortalidade, criou, por meio da Portaria GM/MS nº 985 de agosto de 1999, o Centro de Parto Normal (CPN), como uma unidade com assistência exclusiva ao parto normal sem distócia, humanizada e de qualidade, que, além de definir características físicas e equipamentos, definiu recursos humanos necessários para seu funcionamento com equipe mínima constituída por um enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância e poderá contar com equipe complementar, constituída por um médico pediatra ou neonatologista, e um médico obstetra (BRASIL, 1999).

Diante do exposto, no ano 2000, o Brasil foi um dos países que assinou a Declaração do Milênio, iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, na qual foi estabelecido um conjunto de oito objetivos para serem cumpridos até o ano de 2015, os chamados “Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, em que a redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas a serem perseguidas; melhorar a saúde materna foi o quinto objetivo, além de universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2007; FERNANDES, et al., 2015).

As transformações também foram pautadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo MS em 2000, sendo a primeira condição para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério, no qual se preconiza o respeito, dignidade da mulher, RN e familiares, atitudes éticas por parte dos profissionais de saúde, ambiente acolhedor e que integre a mulher no processo de decisões, com medidas e procedimentos benéficos, que evite práticas

intervencionistas desnecessárias, e consequentemente diminua os riscos para a mulher e o RN (BRASIL, 2002).

A não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos fizeram com que o MS instituisse em junho de 2000 o PHPN, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos sistematizados. O PHPN teve como prioridade assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com respeito aos direitos de cidadania, e assim com a finalidade de reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, com investimentos financeiros nas redes de atenção à gestante e em ações como o Maternidade Segura, mediante capacitação de parteiras tradicionais e profissionais inseridos diretamente na assistência obstétrica (BRASIL, 2002).

O PHPN estabelece diretrizes para estimular e auxiliar estados e municípios a realizarem um adequado acompanhamento do pré-natal. Para tanto, devem seguir, no mínimo, estas recomendações: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação, atingir no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizar uma consulta no puerpério, garantir exames laboratoriais, aplicação de vacina antitetânica, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional e garantir atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de ampliar as responsabilidades das esferas estaduais e municipais, por meio do processo de municipalização e reorganização da atenção básica, caracterizada pela nova política de saúde a partir da instituição do SUS, em 2001 o MS edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a qual estabelece, na área da saúde da mulher, ações básicas mínimas de assistência ao pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, e também ações de maior complexidade (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto, o MS lançou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pautada nos princípios da humanização e da qualidade de atenção em saúde, com os objetivos de melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, a fim de garantir seus direitos, ampliação de acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, redução da morbimortalidade em todos os ciclos de vida e de diversos grupos populacionais

femininos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2011a). Também em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, com participação dos gestores das três esferas de governo e a sociedade (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de alcançar melhores desfechos maternos e neonatais e atenção humanizada, a Lei nº 11.108/2005 garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). E a Lei 11.634 de 2007 garantiu à parturiente o direito de vinculação e conhecimento à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, com intuito de minimizar os anseios e medos expressados pelas gestantes em relação ao ambiente hospitalar previamente desconhecido e à peregrinação em busca de atendimento (BRASIL, 2007).

Com a perspectiva de garantir a todas as brasileiras a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, o MS lançou em 2011 a Rede Cegonha, caracterizada numa “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha consiste em uma estratégia com um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado, tendo como diretrizes o acolhimento com classificação de risco, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde da criança e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013a). Um dos componentes da Rede Cegonha diz respeito ao Parto e Nascimento, sendo um dos objetivos garantir a realização de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011b).

Em conformidade com os princípios e objetivos da Rede Cegonha, o MS lança a Portaria nº 1.020 em 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência e a necessidade de organização e melhoria da qualidade assistencial à saúde, com o objetivo de



redução da morbimortalidade materna e neonatal, garantindo tecnologia apropriada ao parto e nascimento (BRASIL, 2013b).

Em 2014 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a preocupação na segurança materna e neonatal, tendo em vista a quantidade de mulheres envolvidas e o potencial de EAs que podem surgir no processo assistencial, lança um manual sobre Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Este documento tem como objetivos a promoção da assistência obstétrica e neonatal de qualidade, a redução de agravos resultantes do processo reprodutivo e de danos resultantes do processo assistencial, com foco principal na segurança e humanização materna e neonatal, além de ser um guia para a organização e estruturação dos serviços de saúde (BRASIL, 2014c).

Com o objetivo de orientar as mulheres, os profissionais e os gestores da saúde, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, foram elaboradas em 2015 as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, e em 2016 a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Esses documentos nasceram por meio do esforço do MS em conjunto com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC) e por um grupo multidisciplinar, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, neonatologista, anestesiolologista e enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Com essas ações baseadas nas melhores evidências científicas, o MS teve como finalidade a redução das altas taxas de intervenções desnecessárias, pois essas práticas podem colocar em risco a segurança da parturiente e RN, sendo que, em muitos casos, não estão de acordo com as evidências científicas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). Neste mesmo contexto, o MS lança em 2017 as Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o parto normal no Brasil e com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Recentemente a OMS publicou um novo documento com recomendações sobre a assistência às mulheres grávidas durante o processo de parturição, visando reduzir o uso desnecessário de intervenções médicas como, por exemplo, a cesárea, e garantir uma experiência de parto positiva. A diretriz traz recomendações

baseadas em evidências recém-desenvolvidas e recomendações integradas a partir de diretrizes publicadas anteriormente pela OMS, em que se classificou as recomendações em quatro categoriais, sendo elas: **recomendado** com cuidados que devem ser implementados; **não recomendado** com cuidados que não devem ser implementados; **recomendado apenas em contextos específicos** com cuidados aplicáveis apenas em condições específicas; e **recomendado apenas no contexto rigoroso de pesquisa**, devido a incertezas importantes em relação ao cuidado (WHO, 2018).

Essas recomendações foram apresentadas de acordo com o contexto do cuidado durante o processo de parturição, sendo divididas em cuidados durante o trabalho de parto e nascimento, cuidados durante a primeira etapa do trabalho de parto, durante a segunda etapa do trabalho de parto, durante a terceira etapa do trabalho de parto, cuidados com o RN e cuidados com a mulher após o nascimento. (WHO, 2018). O QUADRO 5 apresenta resumidamente as recomendações de acordo com cada contexto de cuidado.

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (continua)

RECOMENDAÇÕES	CATEGORIA DA RECOMENDAÇÃO
<b>Cuidados durante o parto e nascimento</b>	
Cuidado atencioso, organizado e fornecido a todas as mulheres, no qual se mantenham dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de maus-tratos e que permita escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.	Recomendado
Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis.	Recomendado
Companheiro de escolha para todas as mulheres em trabalho de parto.	Recomendado
Modelo de continuidade de cuidados liderados por parteiras que apoie a mulher ao longo do pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, em ambientes com programas de obstetrícia em bom funcionamento.	Recomendado em contexto específico
<b>Primeira etapa do trabalho de parto</b>	
O primeiro estágio latente é caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo uterino, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até 5 cm.	Recomendado
O primeiro estágio ativo é caracterizado por contrações uterinas dolorosas e regulares grau substancial de eliminação cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa.	Recomendado
Informar as mulheres de que a duração padrão do primeiro estágio do trabalho de parto não é estabelecida e pode variar muito entre uma mulher para outra, porém geralmente não se estende além de 12 horas em primíparas e além de 10 horas em múltiparas.	Recomendado
No início do parto espontâneo o limiar da taxa de dilatação é de 1cm/hora durante o primeiro estágio ativo, assim como descrito pela linha de alerta do partograma (impreciso para identificar mulheres em risco).	Não recomendado

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (continuação)

Uma taxa de dilatação cervical mínima de 1cm/hora em todo o primeiro estágio ativo identifica progressão normal do trabalho de parto (não pode ser uma indicação de rotina para intervenção obstétrica a taxa de dilatação cervical inferior a 1cm/hora).	Não recomendado
Intervenções com medicamentos para acelerar o parto e nascimento em condições fetais e maternas tranquilizadoras.	Não recomendado
Adiar a admissão de mulheres em trabalho de parto espontâneo até a primeira fase ativa (de 5 cm até dilatação cervical completa).	Recomendado em contexto de pesquisa
Pelvimetria clínica de rotina na admissão em trabalho de parto.	Não recomendado
Cardiotocografia de rotina para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto espontâneo e contínua durante o trabalho de parto.	Não recomendado
Ausculata com aparelho doppler fetal ou pinard fetal para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto e intermitente durante o trabalho de parto.	Recomendado
Realização de tricotomia.	Não recomendado
Administração de enema.	Não recomendado
Toque vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina no primeiro estágio ativo do trabalho de parto em mulheres de risco habitual.	Recomendado
A analgesia epidural para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto.	Recomendado
Opioides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina) para gestantes saudáveis que solicitem alívio da dor para o trabalho de parto.	Recomendado
Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas para gestantes que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes para gestantes que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
Alívio da dor para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto.	Recomendado
Limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o parto para prevenir infecção.	Não recomendado
Amniotomia de rotina para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Amniotomia precoce e aumento precoce de ocitocina para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Usar ocitocina para prevenir atrasos no trabalho de parto em mulheres que receberam analgesia epidural.	Não recomendado
Agentes antiespasmódicos para prevenir atrasos no trabalho de parto.	Não recomendado
Fluidos intravenosos para encurtar a duração do trabalho de parto.	Não recomendado
<b>Segunda etapa do trabalho de parto</b>	
Período de tempo entre a dilatação cervical completa e nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, resultando na expulsão.	Recomendado
A duração varia de uma mulher para outra, sendo que em primíparas o parto é concluído geralmente dentro de 3 horas e em múltiparas geralmente dentro de 2 horas.	Recomendado
Encorajar a adoção de posição de nascimento de escolha da mulher, incluindo as posições verticais para mulheres com ou sem analgesia epidural.	Recomendado
Na fase expulsiva encorajar e apoiar a mulher a seguir seu próprio desejo de empurrar.	Recomendado
Para mulheres com analgesia epidural atrasar o ato de empurrar de uma para duas horas ou até que a mulher recupere o desejo sensorial (contexto com recursos disponíveis para que a mulher possa ficar por mais tempo no segundo estágio e que a hipóxia perinatal possa ser adequadamente avaliada).	Recomendado em contexto específico

QUADRO 5 – LISTA DE RECOMENDAÇÕES RESUMIDAS PARA CUIDADOS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO – DIRETRIZES OMS 2018 (conclusão)

Técnicas para reduzir trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e proteção do períneo com a mão).	Recomendado
Uso rotineiro ou liberal de episiotomia.	Não recomendado
Aplicação de Manobra de Kristeller (pressão na parte superior do útero para facilitar o parto).	Não recomendado
<b>Terceira etapa do trabalho de parto</b>	
Uso de uterotônicos para prevenção da hemorragia pós-parto, sendo de escolha a ocitocina 10 unidades intramuscular, em locais em que não se tem disponibilidade usar outros uterotônicos (ergometrina, metilergometrina, misoprostol ou ainda combinações fixas de ocitocina e ergometrina).	Recomendado
Retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento).	Recomendado
Tração controlada do cordão em locais onde há profissionais especializados em parto (redução na perda de sangue e na duração da terceira fase do trabalho de parto).	Recomendado
Massagem uterina sustentada para prevenir hemorragia pós-parto.	Não recomendado
<b>Cuidados com o RN</b>	
Aspiração de boca e nariz de RN nascido banhado de líquido amniótico claro e que comece a respirar por conta própria após o nascimento.	Não recomendado
Manter RN sem complicações em contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora após o nascimento (prevenir hipotermia e promover a amamentação).	Recomendado
Amamentação precoce após nascimento em que mãe e RN se encontrem em condições clinicamente estáveis.	Recomendado
Administrar no RN 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o parto (profilaxia da doença hemorrágica).	Recomendado
Retardar o banho do RN até 24 horas após o nascimento, se por razões culturais isso não for permitido, retardar o banho por pelo menos seis horas e manter mãe e RN no mesmo quarto 24 horas por dia.	Recomendado
<b>Cuidados com a mulher após o nascimento</b>	
Avaliar tônus uterino abdominal pós-parto.	Recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Não recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para mulheres com episiotomia.	Não recomendado
Avaliar regularmente o sangramento vaginal, contração e altura uterina, temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento, se pressão arterial normal a segunda medida deve ser realizada dentro de seis horas.	Recomendado
Mãe e RN saudáveis após parto vaginal descomplicado devem receber cuidados por pelo menos 24 horas após o nascimento.	Recomendado

FONTE: Adaptado de WHO (2018).

Ao revisar as políticas públicas implantadas ao longo das últimas décadas em relação ao parto e nascimento, Matos et al. (2013) observaram que, para atingir o ideal de humanização, é necessário sensibilização dos profissionais de saúde para o exercício da atenção, do diálogo, do acolhimento e da comunicação com a parturiente.

A participação ativa dos profissionais de enfermagem no processo de parturição é de extrema importância como integrantes da equipe da saúde, em que

neste processo seja utilizado o conhecimento técnico científico, o respeito à mulher como ser único com seus desejos e direitos, com garantia do seu protagonismo e promoção da assistência humanizada (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006; CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

## 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

O nascimento é um evento natural comemorado pelas famílias ao longo dos anos e se mantém um fato marcante da vida. Por muito tempo o processo de nascimento foi presenciado apenas por mulheres e o cenário deste acontecimento se dava no domicílio. A partir do século XVIII, o processo de parturição, com o surgimento da medicina científica, passa a ser executado por homens com a progressiva medicalização e institucionalização do parto, neste contexto, a mulher passa a ser vista apenas em seu caráter reprodutivo, negando-se sua individualidade e autonomia (BARBOZA; MOTA, 2016).

Diante do exposto, se instaura o modelo de atenção tecnocrático, que segundo Davis-Floyd (2001) se caracteriza pelo corpo visto como máquina e a mulher como objeto, o profissional se isenta de sentimentos e se utiliza de ferramentas e tecnologias para manipulação, cabendo-lhe a condução de todo o processo, sem reconhecer as influências do ambiente e questões individuais da mulher.

Ademais, nota-se que durante toda a trajetória da temática com a utilização inadequada da tecnologia no processo de parturição, ocasionando desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, países latino-americanos, incluindo o Brasil, criaram e implementaram políticas para minimizar este tipo de modelo assistencial, no entanto, com pouca eficácia. Dessa forma, leva-nos a refletir a persistente resistência dos profissionais de saúde em adotar uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas, contrariando as ações e decisões recomendadas pelas políticas de humanização em território nacional (BRASIL, 2014d).

Em decorrência da busca pela atenção humanizada, descrevem-se outros dois modelos de atenção obstétrica em reação aos excessos de intervenções e da tecnocracia, sendo eles o modelo humanizado e holístico. No modelo humanizado o corpo e a mente estão conectados, com abordagem do bio-psico-social, o

profissional estabelece relação humana, se reconhece a individualidade e resgatam-se os valores do protagonismo e da autonomia. E, por fim, o modelo holístico institui a unidade entre corpo, mente e espírito, sendo o corpo definido como um campo de energia que se relaciona com outro campo de energia, o profissional, em que se estabelece uma relação de cooperação mútua (DAVIS-FLOYD, 2001).

Segundo Davis-Floyd (2001), cada modelo descrito se caracteriza por 12 itens que se diferenciam entre si, sendo demonstrados no QUADRO 6.

QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES (continua)

ITENS	MODELO TECNOCRÁTICO	MODELO HUMANÍSTICO	MODELO HOLÍSTICO
1.	Separação corpo-mente.	Conexão corpo-mente.	Unicidade de corpo-mente e espírito.
2.	O corpo como máquina.	O corpo como organismo.	O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia.
3.	O paciente como objeto.	O paciente como sujeito relacional.	Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo.
4.	Alienação do médico em relação ao paciente.	Conexão e carinho entre médico e paciente.	Unidade essencial entre médico e cliente.
5.	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).	Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora.	Diagnóstico e cura de dentro para fora.
6.	Organização hierárquica e padronização de cuidados.	Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo.	Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.
7.	Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente.	Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente.	Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.
8.	Supervalorização da ciência e tecnologia dura.	Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo.	Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.
9.	Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.	Foco na prevenção da doença.	Focalização, em longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.

QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E SUAS DIFERENCIAÇÕES (conclusão)

10.	A morte como derrota.	A morte como resultado aceitável.	A morte é um processo.
11.	Um sistema dirigido pelo lucro.	Cuidados dirigidos pela compaixão.	A cura é o foco.
12.	Intolerância a outras modalidades.	Mente aberta para outras modalidades.	Abarca múltiplas modalidades de cura.

FONTE: DAVIS-FLOYD (2001 apud BRASIL, 2014d).

Frente à necessidade da mudança na atenção obstétrica, aponta-se entre as estratégias a integração da enfermagem obstétrica ao implantar as práticas nos serviços de saúde, em busca da humanização recomendada pela OMS, integrando os saberes popular e de diversas disciplinas na construção do cuidado, devolvendo a autonomia e os direitos da parturiente em receber uma assistência humanizada (MATTOS et al., 2014).

Diante do exposto e da formulação das políticas públicas voltadas à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento, pode-se destacar um novo modelo de atenção centrado na equipe. Esse modelo assistencial colaborativo tem a perspectiva no trabalho em equipe e na assistência diferenciada de cada profissional, em que cada um desenvolve suas habilidades e contribui distintamente, a fim de garantir a continuidade do atendimento e assegurar à mulher uma assistência segura, eficiente e satisfatória (DOWNE; FINLAYSON; FLEMING, 2010; DARLINGTON; MCBROOM; WARWICK, 2011; VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Assim, em âmbito mundial já é reconhecida a atuação de enfermeiras obstétricas neste contexto. Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane composta por 15 estudos, que envolveram aproximadamente 17 mil mulheres e bebês, aprovou o modelo liderado por tais profissionais quando comparado com outros modelos assistenciais, o que evidenciou benefícios, dentre os quais menor probabilidade de intervenções e maior probabilidade de satisfação materna. (SANDALL et al., 2016).

### 3 METODOLOGIA

Este estudo teve como objeto de estudo o cuidado de enfermagem realizado no CCOG à mulher em processo de parturição em um hospital público do Sul do Brasil.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Para este estudo optou-se pela abordagem qualitativa da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), devido à possibilidade de articulação da prática assistencial em saúde com a prática da pesquisa científica (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

A PCA vem se destacando como metodologia de pesquisa e sendo utilizada pelos serviços de saúde e centros de pesquisa desde seu lançamento em 1999, foi idealizada e construída pelas enfermeiras doutoras Mercedes Trentini e Lygia Paim, defendendo a investigação a fim de provocar mudanças para a melhoria do cuidado (ELSEN, 2014).

Tem como objetivo estabelecer conhecimento para melhoria da prática assistencial no campo de investigação, introduzindo soluções aos problemas encontrados na prática por meio da pesquisa (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015).

A PCA caracteriza-se

“como um delineamento dual: por um lado, se diferencia de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para a minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro, de requerer a imersão do pesquisador na assistência”. (PAIM; TRENTINI, 2014, p.21).

Tem como pressupostos o campo da prática profissional, sendo um leque para inúmeras situações a serem investigadas através da articulação das teorias e da pesquisa científica. Caracterizando não apenas o fazer como também o pensar, buscando soluções para as situações adversas e o comprometimento dos profissionais em inserir a pesquisa no seu cotidiano de trabalho, a fim de ser um potencial pesquisador, estabelecendo atitudes críticas e intelectuais na prática profissional (PAIM; TRENTINI, 2014).



Traz a convergência da prática profissional e da pesquisa científica como essencial na PCA, para que sejam realizadas mudanças e inovações no processo assistencial. O conceito de convergência na PCA, segundo Paim e Trentini (2014, p. 23), “assemelha-se a uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal”.

A implementação da PCA requer conceitos regidos pela convergência, sendo eles a dialogicidade, por requerer que haja comunicação através do diálogo como gerador de mudança; expansibilidade, pois por meio deste processo dialógico ocorre a ampliação do propósito inicial do pesquisador; imersibilidade, em que este propósito inicial deve emergir das necessidades da prática, com a imersão também do pesquisador no processo assistencial investigativo; e simultaneidade, com a finalidade de construção de mudança compartilhada, sendo imprescindível a concomitância das atividades de investigação e assistência sem que uma se sobreponha à outra (PAIM, TRENTINI, 2014).

A implementação da PCA ocorre pelas seguintes fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. As fases da PCA são consecutivas, se inter-relacionam, não ocorrem necessariamente de forma linear e garantem o rigor metodológico da pesquisa. A sintetização das fases da PCA com o estudo em questão foi representada por meio do QUADRO 7, sendo na sequência apresentadas uma a uma de forma ampliada.

QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA

(continua)

FASES	PCA	<b>PESQUISA: BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO</b>
<b>CONCEPÇÃO</b>	Marco referencial da pesquisa em que se denomina o problema da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 31-34).	Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

QUADRO 7 – SINTETIZAÇÃO DAS FASES DA PCA

(conclusão)

<b>INTRUMENTAÇÃO</b>	Elaboração dos procedimentos metodológicos da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 34-45).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Local de estudo: Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico.</li> <li>▪ Participantes do estudo: Profissionais de enfermagem que prestavam assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição.</li> <li>▪ Coleta de dados: Oficinas temáticas, utilizado nesta etapa um roteiro norteador e o processo denominado “Quatro Erres” (TRENTINI, 2014, p. 44), sendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fase de Reconhecimento;</li> <li>❖ Fase da Revelação;</li> <li>❖ Fase do Repartir;</li> <li>❖ Fase do Repensar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>PERSCRUTAÇÃO</b>	Desenvolver habilidades e sensibilidade para investigar e refinar os dados disponíveis (TRENTINI, 2014 p.45).	Investigar rigorosamente a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição por meio da discussão em grupo (oficinas temáticas) e assim estabelecer consenso entre o grupo para a construção dos protocolos assistenciais.
<b>ANÁLISE</b>	A análise e interpretação dos dados ocorre de forma simultânea (TRENTINI, 2014, p. 47).	<p>Para análise dos dados, seguidos os passos propostos por Creswell (2010, p. 219-224), sendo eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Organização e preparação dos dados;</li> <li>❖ Leitura dos dados;</li> <li>❖ Análise detalhada com a codificação – apoio <i>software</i> Iramuteq;</li> <li>❖ Descrição dos dados;</li> <li>❖ Representação da análise;</li> <li>❖ Interpretação da análise.</li> </ul>

FONTE: A Autora (2017).

### 3.1.1 Fase de concepção

A fase de concepção é o marco referencial da pesquisa, onde, através da articulação de reflexões, revisões de literatura e decisões em relação ao tema de pesquisa, denomina-se o problema de pesquisa, e é dela que dependem todas as outras fases e o sucesso do andamento da pesquisa (TRENTINI, 2014).

Assim, o marco referencial pode ser expresso pela proximidade da pesquisadora com o tema, que surgiu por meio da vivência em oficinas e seminários de parto ativo e humanizado, os quais articulavam o campo da pesquisa em relação às evidências científicas com experiências da prática profissional, proporcionando uma visão diferenciada em relação ao cuidado de enfermagem no processo de

parturição; pela ampla revisão integrativa realizada neste estudo, que teve como finalidade identificar na literatura os fatores determinantes ao cuidado às mulheres em processo de parto e nascimento; e ainda o uso das recomendações dos programas governamentais que guiam este estudo.

Pode-se observar de forma empírica que o cuidado prestado à mulher em processo de parturição está baseado na valorização das técnicas e procedimentos que divergem das recomendações da OMS e do MS, resultando em baixo vínculo do profissional com a paciente e favorecendo a ocorrência de EAs.

Portanto, houve a pretensão de conhecer melhor as boas práticas na assistência ao parto e nascimento para a construção dos protocolos assistenciais a fim de guiar as práticas assistenciais, para que se consigam mudanças na assistência até então realizada, embasando-se em evidências científicas e pelos pressupostos da OMS e do MS para garantir um processo de nascimento seguro.

Diante do exposto, nesta fase de concepção se originou o problema de pesquisa já descrito neste estudo e, a fim de cumprir metodologicamente esta fase, a questão norteadora é: Como sistematizar o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?

### 3.1.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação constitui a elaboração dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa. Dá continuidade ao processo investigativo por meio de decisões que delimitam o espaço físico, os participantes e os instrumentos de coleta de dados (TRENTINI, 2014).

#### 3.1.2.1 Espaço físico da pesquisa

O espaço físico utilizado foi o CCOG de um hospital vinculado ao SUS de grande porte, situado no Sul do Brasil, que teve suas atividades iniciadas em 1961. É um hospital de atendimento terciário, que possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos da alta complexidade e consultas especializadas e atua na formação de diversos profissionais da área da saúde.

Possui 60.473 metros quadrados de área construída, capacidade para 643 leitos, distribuídos em 59 especialidades, e a equipe profissional conta com 3.113 funcionários (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2015).

O CCOG, local específico do estudo, realiza cirurgias ginecológicas e obstétricas, partos normais e cesáreos, internação de ginecologia e obstetria e emergência obstétrica durante 24 horas, localiza-se no 1º andar do prédio da Maternidade e atualmente possui um quadro de profissionais de enfermagem composto por seis enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem, um total de 40 profissionais de enfermagem.

A capacidade física do Serviço é de 13 leitos, sendo divididos em cinco leitos de pré-parto, quatro leitos de tratamento e quatro leitos de recuperação anestésica.

A média total de nascimentos nestes dois últimos anos foi de 140 nascimentos/mês, sendo a média de partos normais de 62 partos/mês e de partos cirúrgicos (cesáreas) de 78 cesáreas/mês. Com taxa de 44,3% de partos normais/mês e 55,7% de cesáreas/mês em relação ao total de nascimentos (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2016-2017).

### 3.1.2.2 Participantes da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo contou com profissionais de enfermagem lotados no CCOG e que prestavam assistência de enfermagem direta e indireta à mulher em processo de parturição, que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Os critérios de inclusão dos participantes: profissionais de enfermagem lotados no CCOG, que atuavam na assistência direta e indireta à mulher em processo de parturição e participaram das oficinas propostas pelas pesquisadoras.

Os critérios de exclusão dos participantes: profissionais de outras áreas assistenciais.

A população que participou das oficinas constituiu-se de 36 profissionais de enfermagem (APÊNDICE 2), em que três eram enfermeiros, nove técnicos de

enfermagem, e 24 auxiliares de enfermagem que aceitaram participar do estudo, cuja faixa etária variou entre 25 e 75 anos, sendo 34 do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino.

Em relação ao tempo de serviço dos enfermeiros na instituição, variou de 12 meses a 25 anos. No CCOG, dois tinham entre 8 e 21 anos e apenas um atuava no setor havia 12 meses. Dos 33 profissionais de nível médio, 24 trabalhavam havia mais de 10 anos na instituição. Especificamente no CCOG, 14 profissionais trabalhavam havia menos de cinco anos e 15 trabalhavam havia mais de 10 anos.

Em relação ao grau de escolaridade dos enfermeiros, dois eram mestres e um, especialista; destes, dois possuíam especialização em enfermagem obstétrica e um estava cursando. Além dos três enfermeiros que tinham graduação e especialização, 13 profissionais de nível médio possuíam nível superior, sendo nove com graduação em enfermagem e quatro, em outras áreas (letras, gestão pública e fisioterapia), três tinham nível superior incompleto e um estava cursando, e ainda, destes (n=13), oito possuíam especialização.

### 3.1.2.3 Negociação da proposta

Na PCA o pesquisador “precisa negociar o projeto de mudança/ inovação com os participantes que se comprometerem com a continuidade da concretude das mudanças na assistência”, visto que sozinho o pesquisador não conseguirá concretizar mudanças, pois o ambiente assistencial de enfermagem é caracterizado com o trabalho em equipe (TRENTINI, 2014).

Em reunião com a chefia da Unidade Materno-Infantil (UMI) e com o supervisor de enfermagem, iniciou-se a negociação da proposta, por meio da apresentação do projeto do estudo, sendo elucidada a sua importância para a instituição, profissional e parturiente, na qual se obteve a aprovação.

Posteriormente, para a finalização desta etapa, foram convidados os profissionais de enfermagem a participar da pesquisa por meio de uma oficina com duração de 60 minutos, na sala de equipamentos do CCOG, na qual foram previamente apresentados: o tema “Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição”, os objetivos da pesquisa, métodos, vantagens e desvantagens, sendo apresentado o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizados esclarecimentos e direcionamentos prévios.

#### 3.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

O método utilizado na pesquisa para coleta de dados foi por meio de oficinas temáticas audiogravadas, com uso de roteiro norteador (APÊNDICE 3) e registro em diário de campo, entre os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa. Durante a realização das oficinas foram trabalhadas as questões do roteiro norteador junto aos profissionais de enfermagem, o que oportunizou a discussão em grupo em relação ao tema do estudo.

Por meio do diálogo e da reflexão, se definiram caminhos e consensos para a construção coletiva dos protocolos assistenciais para nortear os cuidados de enfermagem. Os temas trabalhados nas oficinas foram inicialmente identificados pelas pesquisadoras, então apresentados e definidos pelo grupo.

O levantamento de dados durante as oficinas, juntamente com o referencial teórico baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (OMS, 1996; BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2018), operacionalizou a construção dos protocolos assistenciais. Utilizou-se nesta etapa, para a coesão do grupo, o processo denominado Quatro Erres (Rs), proposto por Trentini e Paim em 1997, sendo dividido em quatro fases (TRENTINI, 2014):

- Fase de Reconhecimento: primeiro encontro, interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo;
- Fase da Revelação: identificam-se pelas experiências em comum e as revelam em relação ao assunto em discussão;
- Fase do Repartir: por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabelece condições para tomada de decisões;
- Fase do Repensar: reflexão e transferência do que se aprendeu para as situações reais.

A representação do desdobramento do processo dos “Quatro Erres (Rs)” encontra-se detalhada no QUADRO 8.

QUADRO 8 – DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continua)

F A S E S	PCA Processo dos “Quatro Erres (Rs)” (TRENTINI, 2014, p 44)	PESQUISA: BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS: GUIA PARA SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO		
		OBJETIVOS	PASSO A PASSO	
			Oficina 1: Interação e Sensibilização	
			Planejamento	Ação
R E C O N H E C I M E N T O	Interesse em conhecer as finalidades dos encontros através do diálogo participativo.	<b>Oficina 1: Interação e Sensibilização</b>  Estabelecer o diálogo participativo em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, à percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao tema e demonstrar a importância da pesquisa.	1- Acolhimento;	1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pasta com folhas de papel e caneta;
			2- Realização da dinâmica “AUXÍLIO MÚTUO”;	2- Todos em círculo e em pé. Entregue um pirulito para cada participante, solicitado que se apresentassem e após que seguissem os comandos: segurar o pirulito com a mão direita, com o braço estendido (não pode ser dobrado, somente ser levado para direita e esquerda), desembulhar o pirulito com a mão esquerda, sem sair do lugar chupar o pirulito; Realizado uma breve reflexão em relação à dinâmica;
			3- Elucidação em relação ao tema da oficina;	3- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;
			4- Reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição por meio das perguntas de número 1 a 5 do roteiro norteador, com registro das respostas e após apresentadas pelos participantes;	4- Solicitado aos participantes que registrassem as respostas das perguntas e que espontaneamente respondessem em voz alta;
			5- Apresentação da justificativa do tema de pesquisa e a sua importância;	5- Apresentado por meio de PowerPoint o tema da pesquisa e o motivo de propor a mesma;
			6- Convite aos profissionais para a participação na pesquisa;	6- Aplicado TCLE;
			7- Encerramento da oficina.	7- Recolhido pastas; Oferecido lanche.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

R E V E L A Ç Ã O			Oficina 2: Boas Práticas Obstétricas	
			Planejamento	Ação
			1. Acolhimento;	1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pastas utilizadas na oficina anterior com folhas e caneta;
	Identificam-se pelas experiências em comum e as revelam em relação ao assunto em discussão.	<b>Oficina 2: Boas Práticas Obstétricas</b>  Estabelecer a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição no CCOG, como as boas práticas obstétricas estão inseridas neste cenário e identificar fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde.	2. Elucidação em relação ao tema da oficina;	2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;
			3. Apresentação de um vídeo;	3- Apresentado vídeo denominado “NA HORA CERTA DOCUMENTAL SOBRE PARTO HUMANIZADO”;
			4. Reflexão em relação ao vídeo e à prática assistencial prestada no CCOG por meio das perguntas de número 6 a 11 do roteiro norteador, com registro das respostas e após apresentadas pelos participantes;	4- Realizado uma breve reflexão em relação ao vídeo apresentado; Solicitado aos participantes que registrassem as respostas das perguntas e que espontaneamente respondessem em voz alta;
			5. Utilização do Instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto (ANEXO 1), sendo utilizada neste estudo apenas a dimensão - Práticas obstétricas baseadas em evidência científica pelos profissionais, na atenção ao parto e nascimento (CARVALHO et al., 2015);	5- Entregue instrumento; Solicitado aos participantes que preenchessem o instrumento conforme recomendações;
			6. Encerramento da oficina.	6- Recolhido pastas; Oferecido lanche.



QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

			Oficina 3: Sistematização dos cuidados de enfermagem	
			Planejamento	Ação
			<p>1- Acolhimento;</p> <p>2- Elucidação em relação ao tema da oficina;</p> <p>3- Apresentação de um vídeo;</p> <p>4- Promoção da discussão em grupo para o estabelecimento de consenso em relação à sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, por meio das perguntas 12 e 13 do roteiro norteador;</p> <p>5- Encerramento da oficina.</p>	<p>1- Dado as boas vindas a cada um(a); Entregue pastas utilizadas nas oficinas anteriores com folhas e caneta;</p> <p>2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;</p> <p>3- Apresentado parte do vídeo denominado “NASCER NO BRASIL”; Realizado uma breve reflexão em relação ao vídeo apresentado;</p> <p>4- Dividido o grupo em duplas ou trios; Entregue impresso com as Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento (OMS, 1996); Solicitado aos participantes que escrevessem no papel os cuidados que consideravam importantes à mulher em processo de parturição, usando como base o vídeo e o impresso entregue; Solicitado que apresentassem os cuidados que consideraram importantes para o grupo maior; Registrado no <i>flip-chart</i> todos os cuidados; Agrupado os cuidados iguais e/ou semelhantes, definindo assim com o grupo todos os cuidados.</p> <p>5- Recolhido pastas; Oferecido lanche.</p>

R  
E  
P  
A  
R  
T  
I  
R

Por meio das experiências em relação ao propósito do encontro, o grupo estabelece condições para tomada de decisões.

**Oficina 3:  
Sistematização  
dos cuidados de  
enfermagem**

Estabelecer junto aos profissionais de enfermagem caminhos e consensos para a sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(continuação)

			<b>Oficina 4: Protocolos Assistenciais</b>	
			<b>Planejamento</b>	<b>Ação</b>
			<p>1- Acolhimento;</p> <p>2- Elucidação em relação ao tema da oficina;</p> <p>3- Apresentação dos protocolos assistenciais à mulher em processo de parturição;</p> <p>4- Reflexão e discussão em relação aos protocolos assistenciais e sua aplicação na prática assistencial;</p> <p>5- Promoção do consenso do grupo;</p> <p>6- Realização da dinâmica “Papel Amassado”;</p>	<p>1- Dado boas vindas a cada um(a); Entregue pasta utilizada nas oficinas anteriores com folhas e canetas;</p> <p>2- Apresentado por meio de PowerPoint o tema e objetivo da oficina;</p> <p>3- Solicitado aos participantes que pensando na prática assistencial registrassem considerações na folha durante apresentação dos protocolos; Apresentado por meio de PowerPoint os Protocolos Assistenciais para os cuidados de enfermagem para a mulher em processo de parturição, elaborados por meio de discussões com o grupo nas oficinas anteriores.</p> <p>4- Solicitado aos participantes que expusessem as considerações registradas; Discutido e definido com o grupo;</p> <p>5- Realizado alterações necessárias conforme consenso com o grupo;</p> <p>6- Distribuído uma folha de papel em branco para cada participante, solicitado que deixassem todo o material sobre as cadeiras e formassem um círculo, orientado para que amassasse o máximo a folha de papel, iniciado a música “Como uma onda no mar” e, em seguida, solicitado que voltassem as suas folhas ao que eram antes, ou seja, desamassassem.</p>

R  
E  
P  
E  
N  
S  
A  
R

Reflexão e transferência do que se aprendeu para as situações reais.

**Oficina 4:  
Protocolos  
Assistenciais**

Apresentar os protocolos assistenciais, referentes aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, elaborados por meio das discussões e consensos com os profissionais de enfermagem.

QUADRO 8 - DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”  
(conclusão)

			7- <i>Feedback</i> ;	7- Solicitado aos participantes que expusesse de maneira aleatória e espontânea sua opinião em relação às oficinas realizadas;
			8- Encerramento da oficina.	8- Realizado uma reflexão e agradecimento pela participação do grupo nas oficinas; Oferecido lanche.

FONTE: A Autora (2017).

### 3.1.3 Fase de perscrutação

Segundo Trentini (2014, p. 45) “esta fase leva o nome perscrutação, pelo fato de que o pesquisador precisa desenvolver habilidade e sensibilidade para *garimpagem* e refinamento dos dados disponíveis”, comprometendo-se com o desenvolvimento do conhecimento técnico/teórico e sua aplicabilidade no contexto da prática assistencial, a fim de que ocorram mudanças. A perscrutação está entrelaçada com as fases de instrumentação e análise.

Nesta fase é necessária a formulação de estratégias convergentes para o exercício das mudanças pretendidas na prática assistencial, alcance de todos os envolvidos nesse contexto, imersão do pesquisador na realidade da prática assistencial e busca por informações que demonstrem as intenções dos participantes nesse processo (TRENTINI, 2014).

As estratégias formuladas neste estudo para o desenvolvimento desta fase se deram pela discussão em grupo por meio das oficinas temáticas com os profissionais de enfermagem e registro em diário de campo, que ocorreu nas dependências do CCOG, contexto da prática assistencial da pesquisadora, iniciando em 6 de junho de 2017 e finalizada em 31 de agosto de 2017, conforme cronograma (APÊNDICE 4) e de comum acordo com os participantes.

Com a finalidade de alcançar todos os envolvidos neste contexto, as oficinas foram realizadas nos períodos da manhã, tarde e noite, com duração média de 60 minutos cada uma, sendo dividido cada período em duas turmas a fim de garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem às mulheres internadas no CCOG. No

período da noite estas oficinas foram realizadas em três momentos, devido o serviço contar com três equipes distintas, sendo divididas em noite 1, 2 e 3. Assim, a oficina 1 - Interação e Sensibilização foi repetida por nove vezes, a oficina 2 - Boas Práticas Obstétricas, 3 - Sistematização dos Cuidados de Enfermagem e 4 - Protocolos Assistenciais foram repetidas por 10 vezes cada uma, com o total de 39 oficinas realizadas.

Diante do exposto, pretendeu-se investigar rigorosamente a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição e estabelecer consenso entre o grupo para que ocorra o processo de mudança da prática assistencial por meio da construção dos protocolos assistenciais.

#### 3.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas temáticas

A fim de demonstrar as estratégias formuladas neste estudo para atingir os objetivos propostos, descrevemos sucintamente como foi desenvolvida cada oficina temática.

A participação dos profissionais de enfermagem foi flutuante durante a realização das oficinas temáticas conforme apresentado a seguir. Participaram das quatro oficinas temáticas 18 profissionais de enfermagem.

##### 3.1.3.1.1 Desenvolvimento da oficina 1 – Interação e Sensibilização

Primeiramente a oficina foi denominada “Oficina 1 – Interação e Sensibilização”, com objetivo de estabelecer o diálogo participativo em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, à percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao tema e demonstrar a importância da pesquisa. Os profissionais foram convidados pessoalmente no decorrer da semana anterior à realização da oficina. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recebidos na sala de equipamentos dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, sendo entregue uma pasta a cada um com folhas e caneta.

Na sequência, realizou-se uma rodada de apresentação, em que foi entregue um pirulito a cada profissional e, conforme a entrega do pirulito, cada profissional dizia seu nome, há quanto tempo trabalhava no setor, se foi uma escolha ou não trabalhar na enfermagem no cuidado a mulher em processo de parturição e qual sua satisfação e sua insatisfação em relação ao trabalho.

Encerrado as apresentações, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e, na sequência, foi realizada a dinâmica denominada “Auxílio Mútuo”, em que, todos em círculo, seguindo comandos, seguravam o pirulito na mão direita, deveriam desembrulhá-lo com a mão esquerda, sem sair do lugar e sem dobrar o braço solicitado para chupar o pirulito. Segundos após, espontaneamente uns ofereciam o pirulito aos outros, e após o término da dinâmica foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, realizaram-se duas perguntas: “Qual a percepção e compreensão sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição?” e “Quais os cuidados de enfermagem que devem ser realizados para a mulher em processo de parturição?”, sendo as respostas registradas nas folhas e, após, espontaneamente compartilhadas com o grupo.

Depois do compartilhamento com o grupo foi apresentado ao mesmo o tema da pesquisa e os motivos de propô-la, por meio de apresentação em PowerPoint, convidando-os a participar das oficinas. Por fim, foi solicitado o preenchimento de um formulário de caracterização do profissional e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido àqueles que aceitaram participar da pesquisa. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche com chá, suco, bolachas e pão com patê.

Dos 39 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora, cinco estavam de férias ou folgas, quatro estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 30 profissionais de enfermagem, destes, todos aceitaram participar da pesquisa.

### 3.1.3.1.2 Desenvolvimento da oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas

A oficina foi denominada “Oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas”, com objetivo de estabelecer a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição no CCOG, como as boas práticas obstétricas estão inseridas neste cenário e identificar fatores convergentes e divergentes das recomendações dos principais órgãos de saúde, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a realização da oficina 1. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Foram recebidos os profissionais de enfermagem em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregue a mesma pasta utilizada na oficina 1, correspondente a cada profissional, com folhas e caneta.

Na sequência, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e foi apresentado um vídeo denominado “Na Hora Certa: Documental sobre Parto Humanizado”, em que se retrata a experiência assistencial de um profissional, e após o término do vídeo foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG e em relação às Boas Práticas Obstétricas foram realizadas seis perguntas: “Você encontra problemas em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG?; Se afirmativo, quais são?; “Na sua opinião, existem divergências nos cuidados de enfermagem prestados à paciente em processo de parturição no CCOG? Se afirmativo, por que você acha que isso acontece?; “Você já ouviu falar nas boas práticas obstétricas?; “Se sim, qual sua compreensão e percepção em relação às boas práticas obstétricas?; “Você tem alguma dúvida e/ou dificuldade em relação aos cuidados realizados à paciente em processo de parturição com base nas boas práticas obstétricas?” e “A forma como são realizados os cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição no CCOG favorece o desenvolvimento das boas práticas obstétricas e o vínculo profissional/parturiente? Como? Quais as dificuldades?”. As respostas eram registradas nas folhas e, após, espontaneamente compartilhadas com o grupo, o que proporcionou interação entre o grupo, em que vários exemplos da prática assistencial foram citados.

Por fim, foi solicitado o preenchimento de um instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto (CARVALHO et al., 2015), com enfoque na dimensão das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto e nascimento e em relação ao CCOG. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche para confraternizar.

Dos 38 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e um profissional que não fazia mais parte do quadro de profissionais do CCOG, um estava de férias e três estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 34 profissionais de enfermagem, cinco profissionais não haviam participado da oficina 1, então, elucidados o tema, objetivos, riscos e benefícios do estudo e convidados e, destes, todos aceitaram participar da pesquisa.

#### 3.1.3.1.3 Desenvolvimento da oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem

Denominada “Oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem”, com objetivo de estabelecer junto aos profissionais de enfermagem caminhos e consensos para a sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a realização da oficina 1. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recebidos em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregue a mesma pasta utilizada nas oficinas 1 e 2, correspondente a cada profissional, com folhas e caneta.

Na sequência, elucidaram-se o tema e objetivo da oficina por meio de PowerPoint e foi apresentado um vídeo denominado “Nascer no Brasil”, em que se retratam experiências utilizando as boas práticas obstétricas, e após o término do vídeo foi realizada uma breve reflexão.

Para a reflexão em relação à sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição no CCOG, fez-se a divisão dos profissionais,

formando duplas ou trios, e foram realizadas duas perguntas: “Quais suas sugestões em relação aos cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição, baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?” e “Como você acha que poderiam ser desenvolvidos, organizados e padronizados os cuidados de enfermagem e rotinas em relação à paciente em processo de parturição no CCOG, com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?”. As respostas foram registradas nas folhas pelos pequenos grupos, e, por fim, espontaneamente compartilhadas com o grupo maior, o que proporcionou a reflexão em relação a prática assistencial. Elencaram-se os cuidados de enfermagem que consideraram importantes para a mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Logo após o encerramento das oficinas foi oferecido um lanche.

Dos 38 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e um profissional que não fazia mais parte do quadro de profissionais do CCOG, quatro estavam de férias ou folga, um de atestado e dois estavam nos plantões, mas não participaram das oficinas. Participaram das oficinas 30 profissionais de enfermagem, um profissional não participou das oficinas 1 e 2, então, elucidados o tema, objetivos, riscos e benefícios do estudo e convidados a participar, aceitou participar da pesquisa.

#### 3.1.3.1.4 Desenvolvimento da oficina 4 – Protocolos Assistenciais

E, por fim, a oficina 4 denominada “Oficina 4 – Protocolos Assistenciais”, com objetivo de apresentar os protocolos assistenciais referentes aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, elaborados por meio das discussões e consensos com os profissionais de enfermagem, e foi realizada conforme cronograma apresentado aos profissionais durante a oficina 3. A equipe se organizou formando duas turmas para participar da oficina, garantindo assim a continuidade da assistência.

Os profissionais de enfermagem foram recepcionados em uma sala dentro do CCOG, dadas as boas-vindas, entregues prancheta, folha e caneta. Na sequência, foi realizada a elucidação do tema e objetivo da oficina e iniciada a apresentação



dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição (APÊNDICE 5) por meio de PowerPoint. Durante a apresentação dos protocolos assistenciais os profissionais fizeram considerações escritas nas folhas entregues e também verbais.

Após a apresentação dos protocolos assistenciais e as considerações do grupo, foi realizada a dinâmica denominada “Papel Amassado”, em que todos foram informados de que participariam de uma prova final para mensuração do nível de aprendizado durante as oficinas. Então distribuiu-se uma folha de papel em branco para cada participante, solicitando a formação de um círculo e fez-se uma pergunta: “Como foi para você participar das oficinas?”. A mesma foi respondida pelos participantes espontaneamente e de maneira aleatória. Depois, foi solicitado que os participantes amassassem a folha de papel, nesse momento iniciada a música “Como uma Onda no Mar<sup>1</sup>”, e pediu-se que desamassassem as folhas de papel. Então houve uma breve reflexão em relação à experiência vivida com a participação nas oficinas, que, por mais simples que possa ter parecido, é sempre possível aprender algo e trocar experiências uns com os outros. Entregou-se a pasta utilizada nas oficinas para cada participante com uma lembrancinha e foram encerradas as oficinas. Logo após o encerramento foi oferecido um lanche com refrigerante, suco, salgadinhos e docinhos.

Dos 34 profissionais de enfermagem que compunham o quadro de profissionais de enfermagem do CCOG, excluindo a pesquisadora e cinco profissionais que não faziam mais parte do quadro de profissionais do CCOG, três estavam de férias ou folgas, três de atestado e uma estava no plantão, mas não participou das oficinas. Participaram das oficinas 27 profissionais de enfermagem.

#### 3.1.4 Fase de análise

Na PCA a análise e interpretação dos dados coletados devem ocorrer de forma simultânea, imergindo o pesquisador nos relatos das informações (TRENTINI, 2014).

“A pesquisa qualitativa é um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social

---

<sup>1</sup> LULU SANTOS. Como uma onda no mar. **O ritmo do momento**. Rio de Janeiro, WEA, 1983. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=uutFgC6N\\_vc](https://www.youtube.com/watch?v=uutFgC6N_vc)

ou humano. O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir das particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado dos dados. O relatório final escrito tem uma estrutura flexível. Aqueles que se envolvem nessa forma de investigação apóiam uma maneira de encarar a pesquisa que honra um estilo indutivo, um foco no significado individual e na importância da interpretação da complexidade de uma situação” (CRESWELL, 2010, p. 26).

A análise e a interpretação dos dados permeiam a lógica indutiva da pesquisa em um estudo qualitativo, em que o pesquisador reúne informações minuciosas dos participantes, transforma em categorias com o desenvolvimento de generalizações amplas e as compara a partir das experiências ou da literatura referente ao contexto (CRESWELL, 2010). Assim, para Creswell (2010) a análise e a interpretação dos dados são um processo mental em que a reflexão ocorre continuamente com a finalidade de extrair profundamente o sentido dos dados do texto.

O processo de análise dos dados segue passos do específico para o geral e envolvem níveis variados, em que são abordados com formato linear e organizados, porém na prática estão inter-relacionados e ocorrem de maneira interativa. Para análise dos dados qualitativos deste estudo, serão seguidos esses passos (Creswell, 2010).

- **Passo 1 – Organização e preparação dos dados para a análise:** transcrever as discussões em grupo, organizar de acordo com a afinidade dos questionamentos.
- **Passo 2 – Leitura dos dados:** ler os dados em sua totalidade a fim de poder refletir sobre seu significado global.
- **Passo 3 – Começar a análise detalhada com a codificação dos dados:** organizar o material, rotular as categorias com termos (baseadas em expressões das discussões em grupo).
- **Passo 4 – Descrição dos dados:** descrever detalhadamente os dados, com base na codificação atribuída e então criar temas com os principais resultados.
- **Passo 5 – Representação da análise:** representar os dados na forma das falas da dinâmica de grupo.

- **Passo 6 – Interpretação da análise:** detalhar as discussões em grupo para apreender seu significado mais amplo, de acordo com as interpretações pessoais do pesquisador.

Ainda, Creswell (2010) sugere a validação dos resultados por meio da comunicação dos passos, a fim de confirmar a precisão e credibilidade dos resultados. Assim, no relato dos resultados é necessário “desenvolver descrições e temas que comuniquem perspectivas múltiplas dos participantes e descrições detalhadas do local ou dos indivíduos” (CRESWELL, 2010, p. 228).

Primeiramente as oficinas foram audiogravadas, utilizando-se de gravador digital e celular e, para dar continuidade ao primeiro passo proposto por Creswell (2010), os dados das mesmas foram sendo transcritos na íntegra conforme desenvolvimento de cada oficina, por meio do *software* Word, sendo cada participante identificado por letras e números para a garantia do anonimato. Depois da transcrição de todas as oficinas, foram realizadas a leitura dos dados e a identificação das falas, segundo a pertinência com os temas e objetivos propostos em cada oficina.

Para dar sequência, o terceiro passo foi apoiado com o uso do *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Segundo Trentini e Paim (2004), para a codificação dos dados é oportuno utilizar recursos tecnológicos como *softwares*, pois é mais rápido e eficaz em comparação com a codificação à mão, porém o pesquisador necessita realizar a leitura minuciosa dos dados. O uso de *softwares* para análise de dados está cada vez mais frequente em estudos na área de Ciências da Saúde, especialmente naqueles estudos em que os dados a serem analisados são bastante volumosos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O Iramuteq é um *software* caracterizado como um método informatizado para análise de textos, dentre as vantagens está a de ser gratuito com fonte aberta, ancorado com base na estrutura do *software* R para realização dos cálculos e linguagem Python. Desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009 na língua francesa, atualmente possui dicionários completos em outras línguas, começou a ser utilizado no Brasil em 2013 e, a partir de então, a área da saúde tem se apropriado dessa ferramenta para realizar análises estatísticas de textos. (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude; e nuvem de palavras. A análise de dados textuais é determinada por frequência ou associação das palavras, que capta a estrutura e a organização dos dados, informando as relações entre as palavras mais frequentes, o que facilita o gerenciamento dos dados qualitativos (CAMARGO; JUSTO, 2013; JUSTO; CAMARGO, 2014; CAMARGO; JUSTO, 2017).

O *software* Iramuteq não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta que auxilia o pesquisador, sendo a interpretação essencial e de responsabilidade exclusiva do pesquisador (LAHLOU, 2012; JUSTO; CAMARGO, 2014).

Para que haja o processamento dos dados pelo *software* Iramuteq, segundo Camargo e Justo (2017) é necessária a preparação do *corpus*, em que o *corpus* representa o conjunto de textos que se pretende analisar. O texto foi representado pelo discurso de cada participante que esteve presente nas oficinas, e estes foram dimensionados e divididos pelo *software* em segmentos de texto (STs), que são partes extraídas do texto com tamanho aproximado de três linhas.

Ademais, a preparação do *corpus* se deu por meio da união das falas de cada participante em relação aos temas propostos e questionamentos feitos em cada oficina em um único arquivo, seguidas da separação com linhas de comando com asteriscos, utilizando-se a identificação para profissional de enfermagem (PE) e o número dado a cada participante. Para exemplificar: \*\*\*\* \*PE\_01, \*\*\*\* \*PE\_02 até \*\*\*\* \*PE\_36.

Após a preparação do *corpus*, o mesmo passou pela revisão e correção para seu processamento adequado, em que foi mantido o significado apresentado nas falas dos participantes. O arquivo foi salvo em uma configuração de texto.txt e exportado para o *software*, nos passos propostos por Camargo e Justo (2017, p. 8-11), como se segue:

1- Colocar todos os textos (entrevistas, artigos, textos, documentos ou respostas a uma única questão) em um único arquivo de texto no *software* Libre Office (<http://pt-br.libreoffice.org/>) ou Open Office (<http://www.openoffice.org/>) deixando a primeira linha em branco. *Jamais abra estes arquivos ou qualquer outro gerado pelo IRaMuTeQ com aplicativos da Microsoft (Word, Excel, WordPad ou Bloco de notas), pois eles produzem bugs com o Unicode (UTF-8), o usado pelo software em questão.*

- 2- Separar os textos com linhas de comando (com asteriscos). Por exemplo, para cada entrevista ser reconhecida pelo *software* como um texto, elas devem começar por uma linha deste tipo. Observação: Deixe uma linha em branco antes da primeira linha de comando.
- 3- Existem duas maneiras de preparar as linhas de um corpus. A primeira, a original ou monotemática, onde cada linha é seguida por um texto sem separações. Uma segunda maneira, a chamada temática, onde cada linha pode conter duas ou mais temáticas com a inclusão de linhas subordinadas a principal. A análise de corpus com divisões temáticas (temas diferentes) nos informa sobre as relações entre o conteúdo de um tema com o outro tema; e pode ser usada como uma análise preliminar de natureza mais exploratória (para se ter uma visão de todo da coleta de material textual, mas deve-se fazer as análises monotemáticas, pois são elas que aprofundam a compreensão do significado do material estudado).
- 4- Corrigir e revisar todo o arquivo, para que os erros de digitação ou outros não sejam tratados como palavras diferentes.
- 5- A pontuação deve ser observada, no entanto sugere-se não deixar parágrafos em cada texto (devido à dificuldade entre nós no uso correto dos mesmos).
- 6- No caso de entrevistas ou questionários, as perguntas e o material verbal produzido pelo pesquisador (intervenções e anotações) devem ser suprimidos para não entrar na análise. Ao suprimir recupere os referentes.
- 7- Não justifique o texto, não use negrito, nem itálico ou outro recurso semelhante.
- 8- É desejável certa uniformidade em relação às siglas, ou as usa sempre ou coloque tudo por extenso unido por traço *underline*. Por exemplo: ou oms ou organização\_mundial\_de\_saúde.
- 9- As palavras compostas hifenizadas quando digitadas com hífen são entendidas como duas palavras (o hífen vira espaço em branco). Caso necessite-se analisar palavras compostas hifenizadas ou não, una-as com um traço *underline*. Ex: "alto-mar" fica "alto\_mar"; "terça-feira" fica "terça\_feira"; e "bate-papo" fica "bate\_papo".
- 10- Todos os verbos que utilizem pronomes devem estar na forma de próclise, pois o dicionário não prevê as flexões verbo-pronominais. Ex: No lugar de "torneime", a escrita deve ser: "me tornei".
- 11- Evite uso de diminutivos, pelas características do dicionário.
- 12- Números devem ser mantidos em sua forma algarísmica. Ex: usar "2013", no lugar de "dois mil e treze"; "70" no lugar de "setenta".
- 13- Não usar em nenhuma parte do arquivo dos textos os seguintes caracteres: aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), percentagem (%), reticências (...), e nem asterisco (\*). Este último é usado somente nas linhas que antecedem cada texto (linhas de comando).
- 14- O arquivo com o *corpus* preparado no *software* Libre Office ou no Open Office deve ser salvo em uma nova pasta criada no desktop, somente para a análise, como "Texto: Escolha a codificação" (arquivo do tipo "txt"). No Libre Office esta opção abre uma primeira janela e devemos escolher "Utilizar o formato texto – Escolha a codificação", e uma segunda janela onde as opções "Conjuntos de caracteres" e "Quebra de parágrafo" devem ser respectivamente "Unicode (UTF-8)" e "LF".
- 15- Sugere-se que a cada nova análise com o mesmo corpus não se reutilize o arquivo "txt" precedente, crie um novo a partir do arquivo tipo odt (que é o formato que deverá ser arquivado).

Depois da realização da sequência dos passos propostos por Camargo e Justo (2017, p. 8-11), a codificação foi gerada pelo *software* IRAMUTEQ, que distribuiu e dividiu os textos em STs. A representação da análise se deu pelo Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que visa obter classes de STs que

apresentam palavras semelhantes entre si e ao mesmo tempo diferentes dos STs das outras classes. Demonstrada por meio do dendograma, uma das diferentes formas de apresentação das classes geradas pelo *software*, a qual mostra-nos as relações entre as classes, organizados de forma descendente pelo valor do qui-quadrado ( $X^2$ ), e, quanto mais alto o  $X^2$ , maior o nível de associação entre a palavra e a classe, e pelo  $p$  que indica uma associação significativa. Sugere-se para a análise um  $X^2 \geq 3,84$  e  $p < 0,05$  (CAMARGO; JUSTO, 2017).

Com base na CHD, o *software* encontrou seis classes distintas, o tempo de processamento foi de 19 segundos, com 84,72% de STs classificados, o que significou um desempenho satisfatório para a análise dos dados, pois, segundo Camargo e Justo (2017), “é importante salientar que as análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual requerem uma retenção mínima de 75% dos ST”. Assim, para cada classe, atribuiu-se uma nomenclatura derivada da análise aprofundada, em que representou o sentido extraído a partir da classe e baseando-se na literatura científica sustentou-se a discussão.

### 3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná em novembro de 2016 e, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012). Foi aprovado em 9 de janeiro de 2017, com o registro nº 62119816.5.0000.0096 e Parecer nº 1.891.192 (ANEXO 2).

Foram previamente informados os objetivos, métodos, vantagens e desvantagens da pesquisa aos profissionais de enfermagem, convidando-os a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato os nomes verdadeiros serão omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização dos participantes que assinarem o TCLE.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as informações a partir da análise textual realizada pelo *software* Iramuteq. Primeiramente serão apresentados os resultados estatísticos processados pelo *software*. A seguir, são dispostas as seis categorias que emergiram a partir da análise dos textos provenientes dos discursos dos profissionais de enfermagem, na sequência, será demonstrada a relação das classes e a síntese do produto desta dissertação, ou seja, dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição.

O *corpus* geral foi constituído por 36 textos (*number of texts*), que, posteriormente ao seu processamento pelo *software* Iramuteq (19 segundos), gerou 288 STs (*number of text segments*), com retenção de 244 STs (*segments classified*), cujo aproveitamento foi de 84,72%, conforme nos mostra o relatório (*rapport*) da CHD (FIGURA 1).

FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD GERADO PELO IRAMUTEQ

```

+-+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Jan 10 15:24:32 2018
+-+--+--+--+--+

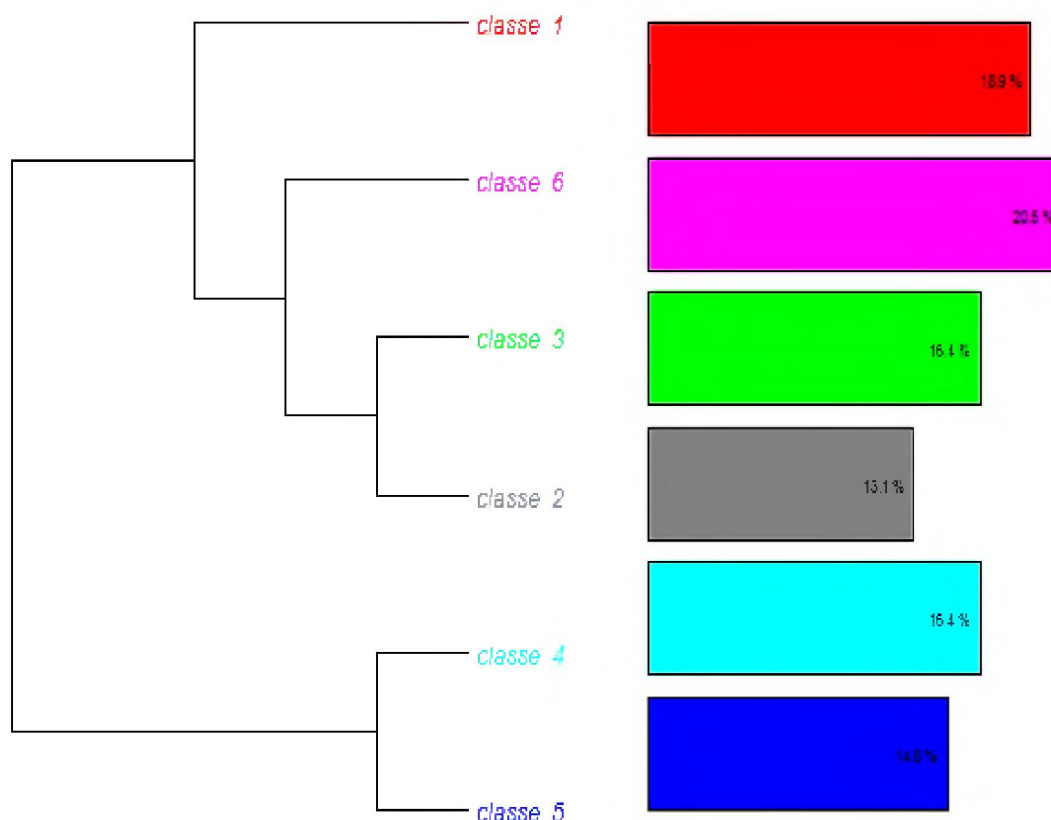
Number of texts: 36
Number of text segments: 288
Number of forms: 1642
Number of occurrences: 10200
Número de lemas: 1096
Number of active forms: 996
Número de formas suplementares: 90
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 378
Média das formas por segmento: 35.416667
Number of clusters: 6
244 segments classified on 288 (84.72%)

#####
tempo: 0h 0m 19s
#####
FONTE: A autora (2018).
```

Os dados analisados foram divididos em seis classes: Classe 1, com 46 STs (18,85%); Classe 2, com 32 STs (13,11%); Classe 3, com 40 STs (16,39%); Classe 4, com 40 STs (16,39%); Classe 5, com 36 STs (14,75%); e Classe 6, com 50 STs (20,49%). A relação das classes encontra-se ilustrada por meio do dendograma gerado pelo *software* Iramuteq (FIGURA 2), sendo feita sua leitura da esquerda para direita, a qual permite observar a divisão do *corpus* total.

Assim, estas seis classes (*corpus* total), encontram-se divididas em dois *subcorpus*. O *subcorpus* menor se dividiu originando as classes 5 e 4. O *subcorpus* maior originou a classe 1, desta ocorreram duas ramificações, uma que originou a classe 6 e a outra que se dividiu e originou as classes 3 e 2.

FIGURA 2 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2018).

#### 4.1 CLASSES

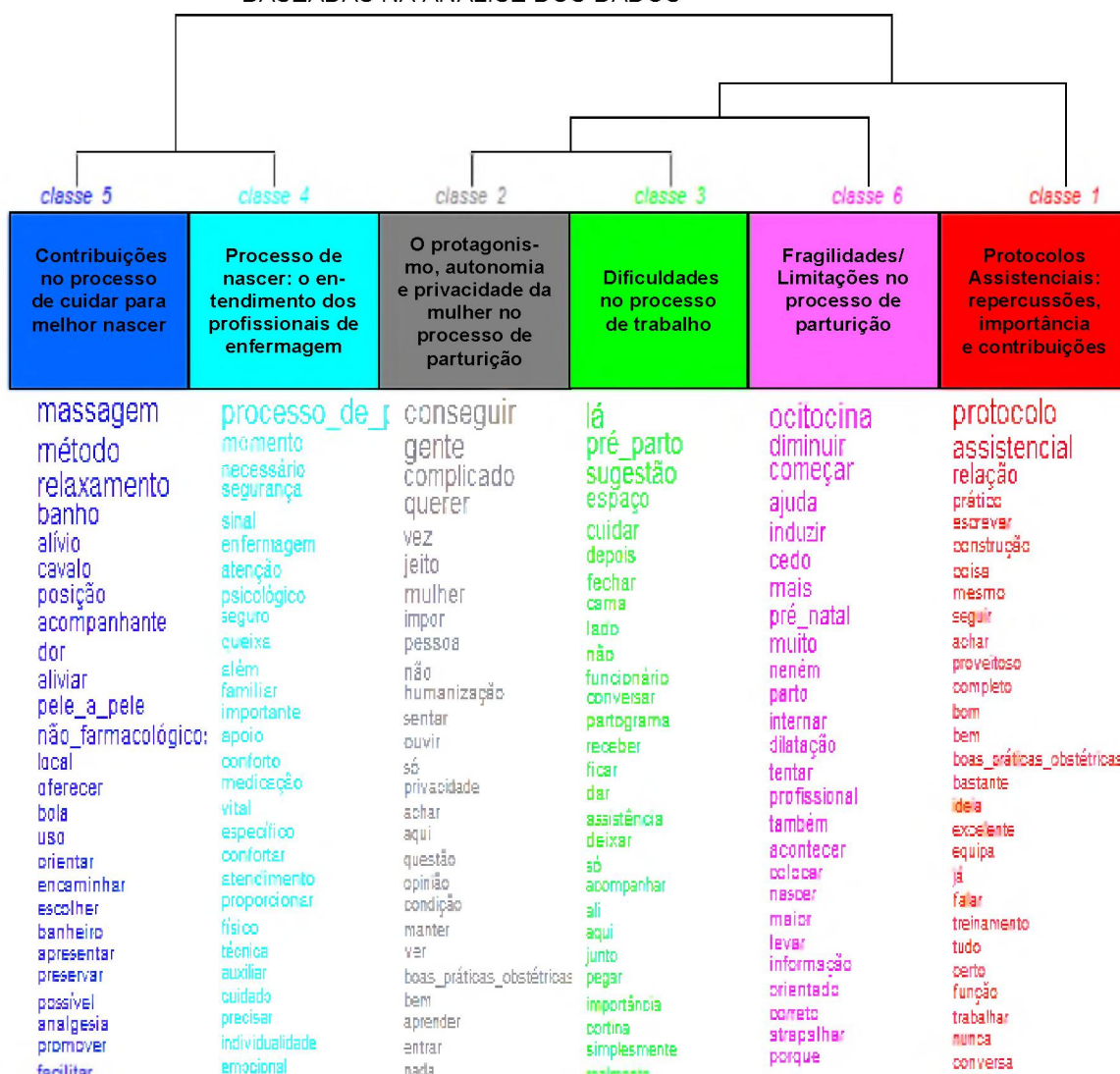
A relação das classes é ilustrada em um dendrograma da CHD (FIGURA 3), organizadas pelo *software* Iramuteq, que permite observar as palavras e a relação entre elas, e que se encontra em ordem descendente da sua correlação com a respectiva classe pelo valor do seu  $X^2$ , pois, quanto maior o  $X^2$ , maior é a quantidade de citações na classe.

Para se proceder à análise dos dados, as seis classes foram nomeadas com base nas informações importantes para o estudo, levando em consideração o contexto e o sentido extraído a partir da classe (FIGURA 3). Assim, denominaram-



se: Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições; Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição; Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho; Classe 4 – Processo de Nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer; e Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição.

FIGURA 3 – DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES COM AS PRINCIPAIS PALAVRAS GERADO PELO IRAMUTEQ E SUAS RESPECTIVAS NOMEAÇÕES BASEADAS NA ANÁLISE DOS DADOS



FONTE: A autora (2018).

#### 4.1.1 Classe 1 – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições

A classe 1, denominada de “Protocolos assistenciais: repercussões, importância e contribuições”, foi responsável por 18,9% dos STs, e as principais palavras desta classe foram: **prático** (prática), **escrever**, **construção**, **coisa**, **mesmo**, **seguir**, **achar**, **proveitoso**, **completo**, **bom**, **boas práticas obstétricas**, **bastante**, **ideia**, **excelente**, **equipe**, **falar** e **treinamento**, em que o  $X^2$  variou de 26,48 a 6,91 e p, de  $<0,0001$  a 0,008.

Esta classe representou repercussões encontradas por meio dos discursos dos profissionais frente à inexistência de protocolos assistenciais para os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e, conseqüentemente, a não garantia da sistematização da assistência de enfermagem, o que pode causar divergências na comunicação no processo de cuidar, conforme descrito:

*“[...] acho que todos têm que falar a mesma coisa. Fica complicado, você orienta de um jeito e vem outro e orienta de outro jeito.” (PE01)*

*“Falta padronização. Aqui não é seguido um protocolo. Cada funcionário entra e é orientado por outras pessoas e não em cima de um protocolo, o que causa divergências. Muitos profissionais não vão a uma sala de aula e estão na mesmice faz tempo.” (PE10)*

*“[...] a maioria dos profissionais não falam as mesmas coisas. Aqui não é treinado e conversado. Aí uns acham que é de um jeito e outros acham que é de outro jeito. Deveríamos ter bastante conversa e as coisas serem bem passadas.” (PE29)*

*“[...] teria que ter uma normativa, um protocolo, porque um fala uma coisa e outro fala outra. Um protocolo para toda a equipe”. (PE34)*

Os protocolos assistenciais têm se mostrado ferramenta de gestão e de qualidade de atenção, são importantes instrumentos para a resolução de problemas

na assistência ao parto e nascimento (NICOLINI et al., 2017). Para Pimenta et al. (2015) os protocolos assistenciais descrevem situações específicas de cuidados, que contêm detalhes em relação ao que se faz, quem faz e como se faz, orientando os profissionais.

A instituição de protocolos assistenciais elaborados a partir de evidências científicas, além de promover uma assistência que comprovadamente traz benefícios à mulher e RN, proporciona maior segurança, desencorajando intervenções desnecessárias e empíricas, e colabora para a interação da equipe com cuidados uniformizados, garantindo assim uma assistência de enfermagem sistematizada (COSTA et al., 2013; ROSENFELD; SHIFFMAN; ROBERTSON, 2013; WHO, 2018).

Contudo, apesar da importância da instituição de protocolos assistenciais para os serviços, estudos ainda demonstram sua inexistência, o que impede muitas vezes o empoderamento dos profissionais de enfermagem em realizar práticas que são notadamente úteis e benéficas, no cuidado à mulher em processo de parturição (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017; GULINI et al., 2017; OLIVEIRA; PENNA, 2017).

As repercussões também foram representadas frente ao termo e compreensão em relação às boas práticas obstétricas, sendo notório pelos discursos que nem todos os profissionais possuíam tal conhecimento e compreensão na sua totalidade.

*“Em relação às boas práticas obstétricas eu não ouvi falar, acho que tem a ver com cuidado, mas não sei exatamente.” (PE02)*

*“Eu compreendo que as boas práticas obstétricas é um documento da Organização Mundial de Saúde, que dita o que é bom e ruim na nossa prática profissional, é nessa que fala o que pode fazer.” (PE07)*

*“Já ouvi falar das boas práticas obstétricas. Está relacionada com apoio psicológico, escolha do acompanhante, instruir a paciente sobre seus direitos, que ela pode escolher a posição do parto e que tem direito a analgesia.” (PE12)*

*“Em relação às boas práticas obstétricas já ouvi falar alguma coisa, mas nada que consiga explicar.” (PE19)*

*“Temos ouvido falar bastante ultimamente das boas práticas obstétricas. Acho que tem a ver principalmente com a questão da humanização.” (PE20)*

*“Em relação às boas práticas obstétricas eu não sei bem dizer quem implantou e de onde veio.” (PE28)*

Na assistência ao parto e nascimento ainda nos deparamos com alguns empecilhos que dificultam a total adesão às boas práticas obstétricas, apesar das melhorias já alcançadas. Dentre estes podemos citar o despreparo dos profissionais da área de saúde, destacando-se a necessidade de atualização em relação às boas práticas na assistência ao parto e nascimento preconizadas pela OMS e MS (FRELLO; CARRARO, 2010; OLIVEIRA; CRUZ, 2014; BACKES et al., 2017; BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Os profissionais de enfermagem são mediadores na implementação das boas práticas obstétricas baseadas nas melhores evidências científicas e a sua compreensão e utilização implica em reduzir desfechos negativos na atenção ao parto e nascimento; neste enfoque, é preciso mudanças de atitudes na prática profissional, sendo necessária a incorporação de protocolos assistenciais para melhoria da prática assistencial, assim como educação permanente (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; PEREIRA et al., 2016; WHO, 2018).

Durante as oficinas expressaram pontos importantes em relação à construção de protocolos a fim de diminuir as divergências e melhorar o processo do cuidado, com base nas recomendações dos principais órgãos de saúde. E, ainda, que a construção de protocolos possa ser realizada junto com a equipe e por meio de treinamentos/cursos garantir a todos os profissionais a educação permanente. As falas a seguir demonstram estes pontos:

*“Tem vários pontos que podem ser melhorados, no sentido de supervisão, da chefia orientar e cobrar. Fazer algum protocolo que diminua as divergências.” (PE02)*

*“[...] construir protocolos com a equipe. Formalizar os protocolos conforme determinação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, os colocando em práticas por meio de treinamentos para todos os profissionais que forem atuar no serviço.” (PE10)*

*“[...] é importante ter treinamento, educação continuada, construir juntos as normas, porque tem coisas que são impostas. Acho que tem que ser construído em conjunto. É importante para a equipe, pois quem não sabe aprende e quem sabe acaba reproduzindo, recapitulando e até incentivando.” (PE12)*

*“Escrever um protocolo que determine como acolher a paciente e o que oferecer em cada estágio do trabalho de parto, para que todos seguissem o mesmo.” (PE20)*

Na prática assistencial é necessário dispor de reflexão em relação às potencialidades e fragilidades para a sistematização da assistência, sendo importante integrar a equipe para identificar e reconhecer falhas, problemas, necessidades e prioridades com a finalidade de melhorar a qualidade assistencial e reduzir os EAs, pois o processo de mudança não é construído individualmente, mas sim contemplando os profissionais que estão envolvidos na assistência (ROSSANEIS et al., 2015; BACKES et al., 2017).

Os protocolos assistenciais, além de servirem como instrumentos de comunicação, são importantes na garantia da segurança do paciente aliados à educação permanente. Um estudo de revisão integrativa evidenciou que, diante de tal prática, os índices de EAs diminuem e ainda garantem melhor adesão aos protocolos assistenciais, além de outras vantagens (LIMA, 2016).

A educação permanente se tornou ação fundamental na prática assistencial a fim de que mudanças sejam alcançadas, sendo classificada como técnica para qualificação profissional, a qual instrumentaliza ferramentas de trabalho, integra o conhecimento científico com a prática, garantindo aprimoramento e atualização contínua, além de fortalecer o trabalho em equipe e melhorar a qualidade assistencial (LOPES et al., 2016; PUGGINA et al., 2016).

Vários profissionais também citaram as contribuições após a construção dos protocolos assistenciais, durante a oficina 4:

*“A construção dos protocolos assistenciais fez com que percebesse que às vezes trabalhamos na rotina e na verdade são tantas coisas que envolvem, mas foi bom para lembrar e melhorar.”* (PE11)

*“Com relação aos protocolos assistenciais ficou muito bom. Eu nunca soube a hora certa de colocar no banho. Hoje já dá para avaliar melhor e nem tocar no assunto, se for antes do tempo.”* (PE13)

*“Esta construção dos protocolos assistenciais me ajudou a tirar várias dúvidas e vai contribuir bastante para o setor, ficou muito interessante. E é importante para que todos falem a mesma coisa.”* (PE14)

*“Em relação aos protocolos assistenciais acho que está tudo certo. Foi bem proveitoso, pelo menos para mim que não sabia nada.”* (PE18)

*“A construção dos protocolos assistenciais ajudou bastante, clareou algumas coisas que eu não tinha trabalhado ainda.”* (PE19)

*“Com relação aos protocolos assistenciais acho que ficou bem completo, achei bem legal, ótimo, ficou muito rico. Muita coisa já tinha visto, já tinha estudado, mas cada vez que você discute e faz uma reflexão acaba surgindo outras ideias. Você vai fazendo as coisas porque é assim que geralmente faz e não percebe a importância do que está fazendo. Então super vale à pena sentar e discutir sobre o processo de trabalho e essa reflexão sempre traz transformação.”* (PE20)

*“Em relação aos protocolos assistenciais gostei bastante, foi um compilado de todas as conversas e veio em uma forma bem didática.”* (PE25)

*“Em relação aos protocolos assistenciais gostei, ficou tudo explicado. A função de cada um, o que se deve fazer e orientar, todos falando as mesmas coisas.” (PE27)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais achei bem completo, ótimo, muito bom. É bom dar uma recapitulada e também saber o porquê está fazendo daquela maneira.” (PE29)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais ficou excelente. Acho que temos condições de melhorar cada vez mais. Seria tão bom se pudéssemos praticar mais essas coisas. Mas a explanação dos protocolos foi maravilhosa. Às vezes achamos que sabemos tudo e sempre tem mais coisas para aprendermos. Seria tão bom que os protocolos sempre fossem apresentados dessa maneira.” (PE32)*

*“Em relação aos protocolos assistenciais achei excelente. Acho importante porque tudo que vem para melhorar faz parte da evolução do ser humano. Acho importante também que seja repassado para toda a equipe periodicamente, pois tem gente que está aqui há 30 anos que não tem o menor interesse ou desejo e às vezes nem percebe que está agindo assim.” (PE35)*

Um estudo realizado na Espanha demonstrou a satisfação da equipe de enfermagem após a elaboração de protocolos assistenciais e treinamento, que consequentemente proporcionou melhora na segurança do paciente e na qualidade do atendimento (UÑA CIDÓN et al., 2012).

Assim como o presente estudo, outros estudos (SELHORST; BUB; GIRONDI, 2014; BORTOLI et al., 2017; SALES et al., 2018) também evidenciaram que a vivência em contribuir com a elaboração de protocolos assistenciais leva os profissionais a reverem sua forma de cuidar e seu conhecimento em relação à prática assistencial, neste contexto, oportuniza o compartilhamento de conhecimentos de práticas baseadas em evidências científicas, as quais despertam o pensamento crítico da equipe, gerando assim a satisfação dos profissionais e melhora na qualidade assistencial.

#### 4.1.2 Classe 2 – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição

A classe 2, nominada de “O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição”, abordou as temáticas: escolhas da mulher e direito à privacidade no processo de parturição, representou 13,1% dos STs. As palavras mais significantes foram: **conseguir, gente, complicado, querer, jeito, mulher, impor, humanização, privacidade e achar**. O  $\chi^2$  das palavras variou de 40,16 a 5,64 e p, de <0,0001 a 0,01.

Os STs referenciados pelas palavras em destaque nesta classe a partir dos discursos dos profissionais de enfermagem focaram em um cuidado muitas vezes impositivo, em que prevalece a vontade dos profissionais e não da mulher, e assim distanciando a humanização do processo de parturição, sendo descritos abaixo:

*“Muitas vezes não se respeita as posições, a vontade da paciente de se movimentar livremente.” (PE16)*

*“Tem gente que quer impor uma humanização. Sabemos que a verticalização, a bola vai ajudar, porém, se ela não quer, se não conseguimos convencer pelo que conhecemos e sabemos que funciona, temos que respeitar e deixar a paciente aceitar o que quer. Então impomos algumas coisas que não é bem aquilo que a paciente queria.” (PE20)*

*“Muitas vezes a paciente não quer fazer determinada coisa e lhe obrigamos a fazer.” (PE21)*

*“[...] a paciente não pode escolher o local e a forma que quer ficar durante o trabalho de parto e parto.” (PE25)*

*“Na verdade, deixamos pouco a paciente fazer o que quer.” (PE30)*

A utilização das boas práticas obstétricas vem buscando o protagonismo da mulher, por meio do acolhimento com dignidade, respeito e mediante atendimento



apropriado e ímpar, sendo assim capaz de garantir a autonomia da mulher em relação ao seu próprio parto e tornando o processo de nascer um evento fisiológico e que garanta a inserção familiar (PEREIRA et al., 2016; REIS et al., 2017; WHO, 2018).

Estudos evidenciaram que práticas que favorecem a garantia do protagonismo e autonomia da mulher estão relacionadas a uma assistência diferenciada do que nos traz o ambiente hospitalar tradicional, a fim de possibilitar a integração da mulher nas tomadas de decisão, respeito às suas necessidades, crenças, valores e desejos, promovendo o empoderamento da mulher no processo de parto e nascimento e sua participação ativa (ZVEITER; SOUZA, 2015; FERREIRA et al., 2017).

Outro fator positivo é a possibilidade da verticalização durante o processo de parturição, a qual garante à mulher uma participação mais ativa e envolve profissionais que acreditam no processo fisiológico de parir; neste contexto, destaca-se o papel da enfermeira obstétrica que contribui para o empoderamento da mulher, diminuição de intervenções desnecessárias e maior satisfação materna (SANFELICE; SHIMO, 2015), assim como evidenciado em revisão sistemática da biblioteca Cochrane (SANDALL et al., 2016).

E, ainda, com grande relevância como prática realizada pelos profissionais de enfermagem que promove a autonomia da mulher no processo de parto e nascimento, se destacam o apoio e o conforto, pois, além de favorecer a interação entre a mulher e equipe e a autoconfiança, também aumentam a probabilidade de parto espontâneo e contribuem com trabalho de parto menos prolongado (MELO et al., 2014), fato este comprovado em uma revisão de estudos que incluiu 16 países e mais de 15.000 mulheres (BOHREN et al., 2017).

Oposto ao que foi descrito anteriormente, estudos evidenciaram práticas que restringem o protagonismo, autonomia e participação ativa da mulher no processo de parturição. Estas se relacionam a práticas autoritárias que estabelecem relações assimétricas entre a mulher e equipe, em que os profissionais prestam cuidados impositivos, desrespeitam os desejos da mulher e suas necessidades. Isso gera falhas na comunicação, ocasionando, além da falta de informações e de consentimento por parte da mulher, sentimentos negativos que dificultam o trabalho de parto e parto, sendo considerado uma violação aos direitos da mulher em relação

à integridade do seu corpo (LEAL, et al., 2014; PIMENTA et al., 2014; FERREIRA et al., 2017).

Muitos profissionais também apontaram a dificuldade de manter a privacidade da mulher no processo de parturição, em que a exposição ocasiona desconforto, apesar de ela ter como direito à privacidade.

*“Elas nem sempre tem privacidade, uma paciente de frente para outra, junto com os acompanhantes. Nem sempre conseguimos fazer a cobertura para que nenhuma veja a outra sendo examinada ou até mesmo parindo.” (PE16)*

*“Acho que aqui temos uma exposição excessiva da paciente e é estressante para ela.” (PE22)*

*“A paciente no pré-parto não tem privacidade para o parto humanizado. Sei que ela tem direito à privacidade, só que aqui não tem privacidade, a mulher fica no meio de todos. E que a paciente possa ter privacidade e privacidade de sofrimento, de dor, pois ela não tem privacidade nem de sentir dor.” (PE26)*

*“Total falta de privacidade para com a mulher. Às vezes não se sente bem com outras pessoas.” (PE35)*

Segundo Browser e Hill (2010) é altamente relevante para a humanização no processo de parturição a privacidade, sendo que corresponde a um dos direitos humanos das mulheres durante e após o parto. Fato este contemplado em uma carta elaborada sobre cuidado respeitoso pela organização Withe Ribbon Alliance, na qual defende a maternidade segura e que se baseou em documentos nacionais e internacionais para sua elaboração (ALLIANCE, 2011). Segundo a OMS a privacidade se enquadra dentro dos principais requisitos de recursos para o cuidado materno respeitoso, em que se recomenda espaço físico privado para mulher e acompanhante (WHO, 2018).

O respeito à privacidade na atenção ao parto e nascimento envolve a proteção da imagem e da intimidade da mulher, em que é uma prática considerada útil, porém que ainda necessita ser estimulada. Estudo realizado no Município de

Pelotas/RS evidenciou que a privacidade e intimidade da mulher em processo de parturição não eram respeitadas na sua totalidade pelos profissionais (SILVA et al., 2013).

Outro estudo destaca como obstáculo encontrado na garantia do direito à privacidade e intimidade da mulher a cor da pele, em que se constatou que mulheres com a cor da pele preta ou parda tiveram menor privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e parto, ficando evidente a discriminação racial na atenção ao processo de parto e nascimento para esse grupo de mulheres (D'ORSI et al., 2014).

Uma revisão sistemática que aborda evidências qualitativas relacionadas aos fatores facilitadores e dificultadores da assistência ao parto e nascimento, em países de baixa e média renda, demonstrou que a privacidade é muito valorizada pelas mulheres, porém frequentemente não é apreciada nas instituições, devido à falta muitas vezes de respeito e sensibilidade cultural, atitudes arrogantes em relação às mulheres humildes e principalmente pela inexistência de enfermarias privadas para o processo de parturição (BOHREN et al., 2014).

Neste contexto da falta de privacidade, a relação assimétrica entre a mulher e a equipe, ambiente desfavorável e práticas que não garantem benefícios no processo de parturição contrariam a ideia de humanização, pelo fato de não atenderem às necessidades de preservação da intimidade e imagem da mulher, o que conseqüentemente causa angústia e torna o processo de parto e nascimento mais doloroso e prolongado (FERREIRA et al., 2013; FERREIRA et al., 2017).

#### 4.1.3 Classe 3 – Dificuldades no processo de trabalho

O discurso dos profissionais de enfermagem na terceira classe foi em torno das dificuldades encontradas para realizar os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, que ficou denominada “Dificuldades no processo de trabalho” e representou 16,4% dos STs. As palavras que mais se destacaram nesta classe foram: **pré-parto, espaço, cuidar, depois, fechar, cama, funcionário, conversar, partograma, ficar, dar, assistência, acompanhar e cortina**. Nesta classe o  $\chi^2$  das palavras variou de 36,1 a 5,6 e p, de <0,0001 a 0,01.

Os participantes citaram como uma das principais dificuldades a estrutura física, em que o espaço é restrito, congestionado e o uso das divisões entre os leitos

(cortinas) é inadequado, o que repercute na liberdade de movimentação da mulher, na manutenção de temperatura adequada e na individualidade.

*“Aqui no pré-parto não tem espaço, é cheio e a mulher fica lá deitada. Mas não temos um espaço adequado para que a paciente possa ficar andando, ficar junto com o acompanhante, tomar banho, ter um aquecedor. Dependemos da estrutura da instituição.” (PE06)*

*“O que falta aqui é estrutura no pré-parto. Tem as cortinas, mas temos que fechar sempre que vamos examinar a paciente, só que não é apropriada e o espaço é muito restrito.” (PE07)*

*“Aqui o nosso pré-parto é frio, a pintura é horrorosa, a cama ainda é muito hospitalar, o espaço é muito pequeno e não tem individualidade.” (PE23).*

*“O pré-parto aqui é horrível, paciente que já ganhou junto com outra para ganhar [...] não conseguimos nem se mexer, é muita gente, tem que empurrar uma coisa e outra.” (PE24)*

*“A estrutura não ajuda, como na prevenção da hipotermia do neném, se o parto for feito no pré-parto não tem como prevenir. Na sala deixamos aquecida, mas depois que nasce sai no corredor frio.” (PE27)*

*“A mulher chega e já mostramos a cama para ela, pois o espaço é pequeno.” (PE30)*

*“Na verdade, a estrutura em qualidade de atendimento dificulta que a enfermagem melhore. Dificulta o desenvolvimento das boas práticas e do vínculo. A gente faz o que pode, mas, por exemplo, aquela cortina no pré-parto fica batendo no rosto da paciente. A paciente acaba sendo exposta a situações que não deveria estar passando.” (PE35)*

A estrutura física adequada é primordial para o cuidado humanizado, se constitui um elemento fundamental para que o profissional possa prestar um cuidado com qualidade e garantir as boas práticas obstétricas na sua totalidade (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017). Conforme destacado pela OMS, a estrutura física é tão importante quanto a prestação dos cuidados humanizados para que se tenha melhora da qualidade da assistência a mulheres em processo de parto e nascimento (WHO, 2018).

Em 2008, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, se dispôs o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, que abordou as questões relacionadas ao ambiente, definindo ambiência como “ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”, a qual relacionou componentes estruturais, assistenciais e referentes a relações humanas para garantia da assistência humanizada (BRASIL, 2008).

As maternidades receberam um prazo para adequar a estrutura física e contemplar a mulher e seu acompanhante, com a finalidade de promover privacidade e segurança, de acordo com os princípios da humanização (BRASIL, 2008). Uma revisão qualitativa que incluiu 67 estudos realizados em 32 países evidenciou que tanto mulheres, quanto profissionais de saúde expressaram que a melhoria da qualidade do ambiente físico favorece a promoção de cuidado respeitoso na maternidade para humanizar o processo de nascimento (SHAKIBAZADEH et al., 2017).

No entanto, estudos em relação à estrutura física inadequada nas maternidades, em especial nos centros obstétricos, evidenciaram insatisfação dos profissionais, uma vez que se demonstrou como uma das barreiras para a prestação dos cuidados, a qual interferiu negativamente na assistência humanizada e na implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, indo ao encontro dos resultados deste estudo evidenciados pelos discursos dos profissionais (ALVES et al., 2017; DODOU et al., 2017; FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017).

Outra dificuldade evidenciada pelas falas está relacionada à quantidade insuficiente de profissionais para a assistência do cuidado, que ocasiona sobrecarga

de trabalho e não garante a atenção necessária a ser dispensada a mulher em processo de parturição, conforme se segue:

*“Aqui no nosso serviço nós realizamos um atendimento ótimo, porém somos poucos profissionais. Poucos funcionários e acúmulo de serviço, na verdade. Se der um pouco de atenção para a paciente, atrasa todo o restante do trabalho que tenho para fazer.” (PE01)*

*“Também há falta de tempo, por sermos em poucos profissionais. Mas acho que aqui não se favorece o desenvolvimento das boas práticas obstétricas e o vínculo com a paciente, pois somos poucos funcionários para dar a assistência certa para a paciente.” (PE18)*

*“Às vezes poucos profissionais para tantas pacientes. Não dá para dar tanta atenção assim como gostaria.” (PE25)*

*“Entre as dificuldades, aqui você não tem tempo de ficar com a paciente. Então não fazemos nosso papel no pré-parto e é quem você dá menos atenção.” (PE27)*

Segundo a OMS um dos principais requisitos de recursos para o cuidado à mulher em processo de parturição está relacionado ao número suficiente de profissionais qualificados para garantir cuidados dignos e contínuos a todas as mulheres (WHO, 2018). Fato este comprovado no estudo de Shakibazadeh et al. (2017), em que a melhoria da qualidade no sistema de saúde é determinada, além de outros fatores, pelo dimensionamento adequado de prestadores de cuidados de saúde.

Profissionais qualitativamente e quantitativamente inadequados contribuem para a baixa qualidade da atenção, que, além de proporcionar sobrecarga no processo de trabalho, dificulta o processo de comunicação entre profissional e parturiente, em que muitas vezes levam mulheres a tentar responder suas dúvidas e inquietações com pessoas inexperientes (BOHREN et al., 2014).

Uma revisão integrativa demonstrou que existe relação entre o dimensionamento de profissionais de enfermagem e a segurança do paciente, em que a sobrecarga de trabalho consequentemente aumenta os índices de EAs, fato este que contribui para resultados insatisfatórios no processo de parturição (LIMA et al., 2016). Assim, ter profissionais em quantidade e qualidade suficientes se torna requisito primordial para assistência de qualidade e segura àqueles que estão envolvidos no processo de parto e nascimento (GREGÓRIO et al., 2015).

Neste contexto, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 543/2017 estabelece parâmetros mínimos para o dimensionamento quantitativo dos profissionais de enfermagem e tem como requisito orientar as instituições de saúde no planejamento quantitativo para a prestação da assistência de enfermagem, estabelecendo características importantes para o dimensionamento adequado, com a finalidade de garantir a segurança e qualidade assistencial (COFEN, 2017).

E, ainda, alguns profissionais citaram como dificuldade o não preenchimento oportuno do partograma para acompanhamento da progressão do trabalho de parto. Apesar de não ser uma atividade específica da enfermagem neste serviço, o seu preenchimento garante uma visualização adequada de como está a progressão do trabalho de parto, o que facilita determinar os cuidados de enfermagem necessários.

*“O partograma é para acompanhar [...]” (PE07)*

*“O partograma não é uma coisa que fica no prontuário para acompanharmos [...]” (PE27)*

*“Não se tem o hábito de fazer o partograma para acompanhar.” (PE20)*

O partograma é uma ferramenta que tem como objetivo o monitoramento do trabalho de parto e sua progressão pelos profissionais de saúde, visando ao bem-estar materno e fetal. É um instrumento de uso amplo, apoiado por profissionais de saúde e recomendado pela OMS para uso em trabalho de parto na sua fase ativa com uma linha de ação de quatro horas, o qual permite acompanhar e determinar distocias com tomada de decisão para correções apropriadas em relação a estes desvios (WHO et al., 2015; WHO, 2018).

Uma revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que incluiu seis estudos com envolvimento de 7706 mulheres, comparou partogramas com linhas de ação de quatro e de duas horas, ficando evidente que a utilização de partograma com linha de ação de quatro horas diminui a propensão do volume de infusão de ocitocina e de taxa de cesáreas em comparação com o de linha de ação de duas horas, sendo esta diferença estatisticamente significativa (LAVENDER; HART; SMYTH, 2013).

No entanto, apesar de ser um instrumento aceito e utilizado por muitos anos, dois estudos de revisão evidenciaram como barreiras: a pouca disponibilidade de sua aplicação, profissionais com conhecimento limitado, treinamento, e o seu uso inadequado (OLLERHEAD; OSRIN, 2014; BEDWELL et al., 2017).

Estudos na Nigéria demonstraram o despreparo dos profissionais, baixa utilização e limitações de conhecimento em relação à utilização do partograma (FWACN et al., 2014; OKOKON et al., 2014). Outro estudo desenvolvido na Etiópia demonstrou o uso inadequado, em que as informações encontravam-se deficientes (ABEBE et al., 2013). E, ainda, um estudo no Brasil, apesar de evidenciar a forte adesão à utilização do partograma pelos profissionais, identificou barreiras no que se refere à padronização da avaliação obstétrica realizada pelos profissionais e também do seu preenchimento (ALEXANDRE; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2016).

Tal situação repercute na qualidade e segurança da assistência à mulher em processo de parturição, o que corrobora com contínuos desfechos negativos na assistência ao parto e nascimento, sendo necessário implementar estratégias para melhorar os resultados e garantir um processo de nascimento satisfatório (OLLERHEAD; OSRIN, 2014; ALEXANDRE; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2016; BEDWELL et al., 2017).

#### 4.1.4 Classe 4 – Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem

A classe 4, caracterizada em “Processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem”, representou 16,4% dos STs. As palavras com maior significância foram: **momento, necessário, segurança, sinal, enfermagem, atenção, psicológico, queixa, além, familiar, importante, apoio, conforto, vital e**



**atendimento**, cujo  $X^2$  das palavras variou de 35,84 a 15,07 e p, de  $<0,0001$  a 0,0001.

Os STs analisados relacionaram-se à percepção e vivência dos profissionais de enfermagem quanto ao processo de parturição e o que este momento representa para a mulher que o vivencia na ótica dos profissionais, como se observa nas seguintes falas:

*“É atender a mulher na fase mais importante de sua vida. Garantindo companhia e acolhimento. Estar junto, respeitar, mostrar a satisfação de participar de um momento muito importante na vida dela.”* (PE06)

*“A paciente precisa sentir segurança.”* (PE09)

*“Visa apoiar a família no momento do parto. Momento este prioritário, podendo tornar desde a entrada no serviço um momento menos doloroso e mais prazeroso [...] É um momento muito importante para toda família [...]”* (PE10)

*“É um momento especial, inesquecível. Uma das nossas funções é preservar esse momento. Tenho o dever de preservar o momento da paciente. Não posso deixar que esse momento seja estragado por nada.”* (PE13)

*“O principal é o cuidado com a parte psicológica da paciente, ouvir, falar. Acolhimento à mãe, recém-nascido e familiar. Conforto físico, ambiente e segurança.”* (PE21)

*“É um momento especial e de dor.”* (PE24)

O processo de parturição é um momento muito marcante na vida da mulher, sendo um evento de extrema ansiedade e de dor, em que os cuidados durante este processo permeiam fatores além de assistenciais, a fim de se alcançar a humanização (FRIGO et al., 2017).

Segundo Lima (2005, p. 72) “a realização dos rituais de enfermagem envolve um mundo de sentimentos e sensações fortes que homogeneizam e se concentram

em cada forma particular de cuidar de cada pessoa”. Neste contexto, a enfermagem se constitui em uma ciência humana, com ponto central nos seres humanos e nas suas inúmeras relações do cotidiano, em que é necessário perceber e reconhecer aspectos incomuns que se apresentam em diversos graus de complexidade na prestação do cuidado. As ações de enfermagem têm importância vital e é por meio delas que as mulheres vencem os limites em relação ao processo de parturição (LIMA, 2005; RAMOS et al., 2018).

Um estudo evidenciou que a maioria dos profissionais de enfermagem entendia que a mulher deve ser a protagonista durante o trabalho de parto e parto e ainda reconheceram o papel fundamental que possuem durante todo o processo de parturição, ajudando, favorecendo a autonomia da mulher e sua participação ativa (BRAGA; SANTOS, 2017).

No entanto, um estudo de revisão sistemática evidenciou que muitas vezes as mulheres, ao chegarem a uma instituição, experimentavam atrasos na prestação de cuidados, em que as falhas na comunicação eram evidentes, pois os profissionais de saúde eram frequentemente lentos para responder às suas necessidades e havia falta de informação em relação ao progresso do trabalho de parto (BOHREN et al., 2014).

Também se pode analisar pelas falas dos profissionais de enfermagem, que abordaram fatores importantes no processo de parturição, demonstrando o ponto de vista perante a vivência neste processo. Evidenciaram a atenção, cuidado emocional e segurança dentre os fatores importantes e necessários à mulher em processo de parturição, conforme relatado a seguir:

*“Passar segurança para a paciente, não comparar ela com outro caso.” (PE6)*

*“A atenção é extremamente necessária nesta hora. Atenção às queixas referidas, sinais vitais. [...] auxiliar na hora do parto. Auxiliar na hora do parto é o que mais precisa.” (PE18)*

*“Além dos sinais vitais e da parte técnica, a mulher precisa de muita atenção nesse momento, apoio e medidas de conforto. Acho que temos que passar*

*segurança e ficar atentos aos sinais de alerta. Temos que ter empatia com a mulher. Eu sempre pensei que a enfermagem é basicamente cuidadora.” (PE23)*

*“Ver a paciente como ser humano. Dar segurança, observar a individualidade de cada paciente e apoio psicológico.” (PE26)*

*“A todo o momento é importante estar junto da paciente. Orientar e passar para a paciente que estamos ali. Para poder confiar e ter um bom parto. Ter aquele tempo para dar uma boa assistência de enfermagem.” (PE28)*

*“É um momento muito crítico que a mulher está passando. Oferecer segurança e informação. Observar possíveis limitações físicas ou psíquicas. Assegurar que a enfermagem estará à disposição para auxiliar no momento em que for necessário.” (PE35)*

As mulheres almejam ter uma experiência positiva no processo de parturição e, dentre os fatores para seu alcance, se incluem a atenção, cuidado emocional e segurança, os quais contribuem significativamente para a humanização do atendimento (ROCHA et al., 2015; WHO, 2018).

Para a mulher em trabalho de parto e parto, a atenção dispensada durante este processo pelos profissionais de enfermagem tem grande relevância, pois os cuidados de enfermagem envolvem a capacidade de comunicação, que possibilita a criação de vínculo e apoio, e, além de estabelecer uma relação simétrica entre a mulher e a equipe, também proporciona confiança, segurança e satisfação (ROCHA et al., 2015; FERREIRA et al., 2017).

Em um estudo que incluiu 16 países e mais de 15.000 mulheres, evidenciou-se que o apoio emocional, medidas de conforto e informações durante o processo de parturição, além de aumentar a possibilidade de parto espontâneo, reduziram a necessidade de intervenções desnecessárias com terapias medicamentosas, contribuindo com menor tempo de trabalho de parto, promovendo assim um processo de parturição satisfatório e seguro (BOHREN et al., 2017).

No entanto, apesar dos benefícios da atenção prestada à mulher em processo de parturição, muitas mulheres se referiram a interações assimétricas entre a mulher

e o profissional de saúde como uma barreira para a procura de cuidados no processo de parto e nascimento, sendo que muitas vezes os profissionais foram verbalmente abusivos e desrespeitosos, demonstrando-se rudes e irritados, proporcionando assim um cuidado deficiente e sem sensibilidade (BOHREN et al., 2014).

#### 4.1.5 Classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer

Os STs provenientes dos discursos dos profissionais de enfermagem na quinta classe, denominada de “Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer”, envolveram formas de cuidar que trazem benefícios para o processo de parto e nascimento, sendo representados por 14,8% dos STs. As palavras que demonstraram o sentido extraído nesta classe foram: **massagem, método, relaxamento, banho, alívio, cavalo, posição, acompanhante, dor, não farmacológicos, bola, orientar, e escolher**, com o  $\chi^2$  das palavras variando de 47,19 a 11,74 e p, de <0,0001 a 0,0006.

Os discursos gerados nesta classe evidenciaram o papel fundamental do acompanhante como recurso para o processo do cuidar e ainda destacou-se a importância de fornecer informações/orientações de como proceder, a fim de garantir sua participação ativa e benéfica no processo de parto e nascimento, assim como se observa nas seguintes falas:

*“Permitir ao acompanhante de escolha da paciente participar, pois eles podem ajudar nesse processo e orientar da sua importância. O acompanhante é uma peça fundamental.” (PE01)*

*“Estimular o acompanhante é melhor para a paciente, ela se sente mais segura e o parto é muito mais rápido [...] O acompanhante também é uma peça fundamental, e tem que ser de escolha da mulher, alguém que ela confie [...] ensinar o acompanhante a fazer massagem.” (PE07)*

*“Garantir a presença do acompanhante para que o mesmo auxilie nos cuidados de alívio da dor. Então, orientar o acompanhante a realizar esse manejo. É*

*importante que esse acompanhante seja de escolha da mulher e que ele seja orientado previamente.” (PE14)*

*“Orientar o acompanhante para ajudar nesse processo, orientar a fazer massagem na paciente, dar apoio psicológico e emocional [...] Ensinar o acompanhante no momento que a paciente está com dor como fazer massagem, como dar carinho.” (PE16)*

*“Orientações adequadas tanto para a mãe e acompanhante de todo o processo.” (PE22)*

*“Eu acho que para a mulher ter o acompanhante de escolha é uma condição que ajuda muito.” (PE25)*

*“Orientações ao acompanhante em como auxiliar a paciente em trabalho de parto.” (PE27)*

O acompanhante é um provedor de apoio contínuo à mulher em processo de parturição, este deve ser de sua escolha exclusiva e não devem ser medidos esforços para encorajar e implementar este recurso na prestação de cuidados de saúde à mulheres que vivenciam este momento, inclusive respeitando o desejo de mulheres que preferem não os ter presentes, apesar de ser uma prática comprovadamente benéfica (PALINSKI et al., 2012; WHO, 2018).

Apoiar e facilitar para que as mulheres em trabalho de parto e parto escolham um acompanhante, além de ser um componente importante de cuidado respeitoso na maternidade, se trata de uma abordagem baseada em direitos humanos e garantida no Brasil por meio de legislação vigente (BRASIL, 2005; SHAKIBAZADEH et al., 2017).

Uma revisão sistemática da Cochrane, que forneceu dados de 17 países, incluindo o Brasil, e envolvendo quase 16.000 mulheres, evidenciou que o apoio contínuo por meio do acompanhante de escolha da mulher pode melhorar os resultados para mulheres e RNs, dentre eles, com maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, tempo menor na duração do trabalho de parto, redução das

cesarianas, parto instrumental e necessidade de analgesia, além de melhorar a experiência no processo de parturição (BOHREN et al., 2017).

Segundo Bohren et al. (2016), numa síntese de evidências qualitativas, a presença do acompanhante durante o processo de parturição auxilia no alívio da dor por meio do toque e técnicas alternativas, na promoção da autoestima, da autoconfiança e ainda garante o respeito a costumes e tradições, proporcionando assim melhora da qualidade dos cuidados prestados a mulher.

Apesar dessas premissas, a falta de instalações adequadas com espaços limitados se torna uma barreira para implementar a presença do acompanhante, e em alguns casos é imposta a presença de companhia feminina, o que gera em muitas mulheres ansiedade e infringe o direito de escolha da mulher (BOHREN et al., 2014; BOHREN et al., 2016).

O presente estudo demonstrou ainda práticas assistenciais benéficas no processo de nascimento, em que os cuidados de enfermagem envolvem orientação, estímulo, incentivo e uso de tecnologias não farmacológicas, conforme se lê nas seguintes falas:

*“Incentivar a verticalização do parto, mudança de posição de 30 em 30 minutos. Promover conforto e relaxamento da parturiente, apagar a luz, colocar uma música se a mulher quiser, não falar alto, colocar no banho, fazer massagem [...] Tudo que formos fazer temos que orientar e explicar. Utilizar os métodos não invasivos para alívio da dor, técnicas de relaxamento, as massagens, as músicas, o banho, tudo isso alivia.”* (PE07)

*“Oferecer formas diferentes de apoio ao parto normal. Aparelhos que ajudam na evolução do parto humanizado e não medicamentoso, usando a bola, cavalo, andar, sentar na banquetta, fazer banho de relaxamento, fazer massagem nas costas.”* (PE12)

*“Explicar sobre métodos de conforto que ajudam no trabalho de parto. Banho, massagem, bola, cavalo e caminha.”* (PE22)

*“Auxiliar nos métodos de alívio da dor e orientar sobre o que vai acontecer [...] Orientações das rotinas, do andamento do processo de parto. Origem da dor, métodos e exercícios eficazes durante o trabalho de parto.” (PE27)*

*“Orientação de como a paciente pode ajudar para que o trabalho de parto evolua. Quanto ao banho, deambular, bola, cavalo e quanto à posição que possibilita melhor conforto.” (PE34).*

*“[...] instruir a paciente sobre seus direitos, que ela pode escolher a posição do parto [...]” (PE12)*

Um dos fatores mais importantes para a mulher no processo de parturição consiste no alívio da dor. Os métodos não farmacológicos estão sendo gradativamente valorizados e inseridos na prática assistencial em instituições hospitalares, garantindo menos intervenções e a desmedicalização no processo assistencial, o que corrobora com resultados satisfatórios para o bem-estar da mulher (OMS, 1996; SOUSA et al., 2016; WHO, 2018).

Estudos descrevem que dentre os métodos não farmacológicos mais utilizados que auxiliam durante o trabalho de parto estão: deambulação e mudança de posição na primeira fase do trabalho de parto, pois propicia mobilidade, tornando-se uma estratégia importante para o alívio da dor e para abreviar o trabalho de parto; massagem, exercício respiratório, técnica de relaxamento, banho de chuveiro e de imersão na fase ativa do trabalho de parto, pois se mostraram eficazes no alívio da dor, proporcionando redução da ansiedade, relaxamento muscular e melhor satisfação da mulher; e a bola suíça, pois proporciona posição vertical, relaxamento da musculatura lombar e perineal, facilitando a circulação materno-fetal (BARBIERI et al., 2013; MAFETONI; SHIMO, 2014; ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015; SOUSA et al., 2016).

Um estudo na Espanha buscou, por meio de comparação, descrever as diferenças nos resultados obstétricos e na satisfação das mulheres em relação ao modelo biomédico e modelo humanizado na assistência ao parto e nascimento; no modelo humanizado foi garantida a oferta dos métodos não farmacológicos, apoio emocional, psicológico, orientações e informações, promovendo assim a

participação ativa das mulheres na tomada de decisões, dentre outros fatores relevantes para a humanização, e se constituiu no modelo com melhores resultados na assistência à mulher e RN e também com maior satisfação materna (FERRER et al., 2016).

Portanto, é incisiva a participação dos profissionais de enfermagem na assistência à mulher em processo de parturição, pois contribui na garantia do cuidado humanizado, na atenção às perspectivas da mulher e família e ainda possibilita o uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor, proporcionando satisfação e segurança com melhores desfechos maternos e neonatais (MAFETONI; SHIMO, 2014; SOUSA et al., 2016).

Apesar dos benefícios dos métodos não farmacológicos, estudos apontam que práticas desfavoráveis ainda fazem parte da assistência à mulher em processo de parto e nascimento em algumas instituições, e que a falta de apoio, orientação e informação aumenta a ansiedade, dificulta o processo de nascer e resulta em desfechos negativos (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015; SOUSA et al., 2016).

#### 4.1.6 Classe 6 – Fragilidades/Limitações no processo de parturição

A sexta classe apontou, por meio dos STs derivados dos discursos dos profissionais de enfermagem “Fragilidades/Limitações no processo de parturição”, assim como ficou denominada, representando 20,5% dos STs. As palavras mais relevantes nesta classe foram: **ocitocina, começar, induzir, cedo, pré-natal, muito, parto, internar, acontecer, colocar, nascer e orientado** (orientação), em que o  $X^2$  das palavras variou de 30,59 a 7,42 e p, de <0,0001 a 0,006.

Uma das fragilidades analisadas pelos STs evidenciou a utilização de ocitocina para induzir ou acelerar o trabalho de parto, fato este demonstrado como preocupante pelos profissionais de enfermagem, em que as rotinas que levam à medicalização desnecessária da mulher durante o trabalho de parto podem causar desfechos indesejados e negativos.

*“Seremos menos intervencionistas, porque às vezes a paciente está com contração efetiva e se coloca ocitocina sem necessidade.” (PE07)*



*“Aqui não respeitam o tempo do parto, querem acelerar e é um desrespeito.”*  
(PE12)

*“Começa então a induzir com “miso” (misoprostol), que acho que tem pouca resposta. Aí a mulher vai se estressando e o acompanhante também. Depois começa a induzir com ocitocina, aumentando as dores e acaba indo para cesárea.”*  
(PE29)

*“Acho que nossos partos poderiam ser menos induzidos. Temos bons profissionais, mas está muito na novidade de indução. O profissional tem que ser um pouco mais humanizado. O atendimento é de primeiríssima qualidade, mas em questão de humanização está faltando um pouco menos de indução.”* (PE30)

O modelo de cuidado no processo de parturição pode contribuir substancialmente para complicações e desfechos negativos ao longo do trabalho de parto e parto, tendo como fator determinante o uso inadequado de tecnologias e realização de intervenções desnecessárias (WHO, 2018).

O uso rotineiro de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, embora auxilie na prevenção do trabalho de parto prolongado, pode causar efeitos indesejados com seu uso indiscriminado, levando a interferências no processo de parturição fisiológico. Desfechos negativos estão associados à estimulação excessiva uterina, com diminuição de aporte de oxigênio fetal, ruptura uterina, maior sensação dolorosa, ansiedade e medo, além de restringir a livre movimentação da mulher e aumentar o risco do número de intervenções durante o processo de parturição, sendo o parto cesáreo sua maior complicação. (LEAL et al., 2014; WHO et al., 2015; SOUSA et al., 2016).

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2011/2012, que entrevistou 23.894 mulheres, demonstraram que o uso da ocitocina para aceleração do trabalho de parto foi uma técnica muito utilizada, principalmente em mulheres atendidas na rede pública e com menos escolaridade (LEAL et al., 2014). Estudos evidenciaram que a utilização de ocitocina se relaciona com desfechos insatisfatórios, em que resultados demonstraram proporções aumentadas de cesarianas, analgesia peridural, febre materna, reanimação neonatal e diminuição

do pH do cordão umbilical de RNs. Neste contexto, não deve ser utilizada de maneira geral, mas sim em casos específicos e extremamente necessários (BARAN, 2009; INDRACCOLO, 2010; LOPEZOSA; MAESTRE; BORREGO, 2016).

No entanto, revisão sistemática da Cochrane apontou que o uso de ocitocina associado à amniotomia precoce frente a uma inadequada ação uterina evidenciou redução no número de cesáreas, porém nesta revisão não foi possível analisar informações relacionadas aos indicadores de saúde e à satisfação materna, também foi reconhecido que devem ser considerados os riscos deste tipo de intervenção (WEI et al., 2013).

Outra fragilidade citada no processo de parturição pelos profissionais de enfermagem permeia a admissão precocemente, em que gera ansiedade em relação ao nascimento tanto à mulher quanto aos familiares, conforme demonstrados nas falas a seguir:

*“[...] às vezes internam muito cedo e acaba virando cesárea.”* (PE01)

*“Tem a questão também de internar muito cedo, não sei se por insegurança ou questão social. A partir do momento que elas internam para ter um filho, elas querem ter o filho. Elas não entendem que pode demorar um pouco. A família também pressiona, porque internou para nascer e eles querem que nasça. Então acho que internam cedo demais.”* (PE29)

O início do trabalho de parto estabelecido acontece com a presença de contrações uterinas regulares que aumentam progressivamente em intensidade e em frequência com o tempo, e dilatação progressiva do colo uterino a partir dos 4 cm, sendo estas as condições recomendadas pelo MS para que a mulher seja internada para assistência, tendo ainda como critério apresentar membranas ovulares íntegras (BRASIL, 2017).

Segundo Davis e Xavier (2011), por questões de segurança as mulheres que têm dificuldade de acesso a instituição, quando suas residências ficam muito longe, ou ainda as que possuem fatores maternos e fetais que possam causar alguma complicação e risco a vida de ambos devem ser mantidas em observação e avaliadas em relação ao seu progresso.

Um estudo revelou que em grande quantitativo as mulheres eram admitidas precocemente, o que potencializava intervenções muitas vezes desnecessárias. Porém, após a inserção de residentes em enfermagem obstétrica que realizavam avaliação admissional e classificação de risco, percebeu-se melhora significativa na redução da admissão precoce. No entanto, com índices mais baixos as internações precoces ainda aconteciam, e as principais causas permeavam a dificuldade das mulheres de virem ao serviço, a atuação e decisão de outros profissionais e principalmente pela falta de protocolo institucional direcionado à internação hospitalar (REIS et al., 2015).

Pesquisa nos Estados Unidos avaliou os resultados e custos da internação hospitalar durante a fase latente em comparação com a fase ativa do trabalho de parto; a admissão na fase latente elevou o número de intervenções, que incluiu anestesia peridural e parto cesáreo, houve maior tempo de internação e aumento de recursos hospitalares, ficando evidente que atrasar a admissão até o trabalho ativo resultaria em menos intervenções, consequentemente, menor risco materno e em uma economia significativa por ano para o país (TILDEN et al., 2015).

Os mesmos resultados foram encontrados em um estudo na Itália, em que 52,7% das mulheres foram internadas em trabalho de parto ativo e 47,3%, na fase latente; as mulheres internadas na fase latente tiveram maiores índices de cesariana, parto instrumental, ruptura artificial das membranas, aumento de ocitocina e analgesia epidural (ROTA et al., 2017).

Ficou evidente que as mulheres e familiares devem receber precocemente informações relacionadas ao momento ideal para internação, com a finalidade de evitar intervenções desnecessárias e garantir tranquilidade (TILDEN et al., 2015; ROTA et al., 2017).

O presente estudo aponta, ainda, uma limitação analisada por meio dos discursos dos profissionais que está relacionada ao início da assistência do ciclo gravídico-puerperal, com ligação direta ao processo de parto e nascimento e que tem enorme importância e contribuição na preparação da mulher para este processo. Diante do exposto, é possível observar, pelas falas a seguir, que a falta de orientação para esta preparação no pré-natal ocasiona insegurança à mulher e dificulta o cuidado na assistência à mulher em processo de parturição.

*“A paciente no pré-natal deveria ter mais orientações.” (PE10)*

*“As pacientes vêm todas despreparadas psicologicamente para o trabalho de parto. As orientações do trabalho de parto têm que começar desde o pré-natal até o ato do parto.” (PE16)*

*“Às vezes é complicado, porque nossas pacientes não têm a oportunidade de receber um preparo durante o pré-natal. As políticas de saúde mudam e os gestores e as coisas também. Mas, de vez ir para frente, regride. As pacientes chegam aqui completamente alienadas e totalmente inseguras.” (PE20)*

*“No pré-natal, começar a orientar o que é bom para o parto. Eu acho que, quando são bem orientadas, que querem um parto, elas já vêm com mais paciência.” (PE29)*

O período gestacional é uma fase marcante na vida da mulher, que compreende uma espera cercada de sentimentos positivos, mas também de dúvidas e angústias (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). A importância das orientações durante o pré-natal é elevada, tem como aspecto central capacitar as mulheres e familiares com expectativas realistas em relação ao momento do nascimento e permitir-lhes tomar decisões informadas com base nos direitos que lhes são garantidos (GONÇALVES et al., 2017).

Estudos apontam falhas no pré-natal em relação a orientações para o parto, em que a maioria das mulheres não recebeu tais orientações, apesar de apresentarem cobertura do pré-natal satisfatória, realização de seis ou mais consultas e preenchimento apropriado do cartão do pré-natal com apresentação adequada no momento da internação, observando assim uma lacuna entre a produtividade e qualidade assistencial (VIELLAS et al., 2014; GONÇALVES et al., 2017).

Estudo apontou que mulheres com início precoce do pré-natal e número adequado de consultas receberam maior orientação em relação ao parto, no entanto estas orientações ainda foram limitadas, as quais abrangeram apenas informações sobre os sinais de trabalho de parto e direito a acompanhante, ficando escassas as

orientações em relação à vivência durante o trabalho de parto e métodos para lidar melhor com a dor. O referido estudo ainda apontou que tais orientações foram referidas por uma proporção insignificante de mulheres com data provável de parto próxima, o que faz com que cheguem ao momento do parto muitas vezes despreparadas (DOMINGUES et al., 2012).

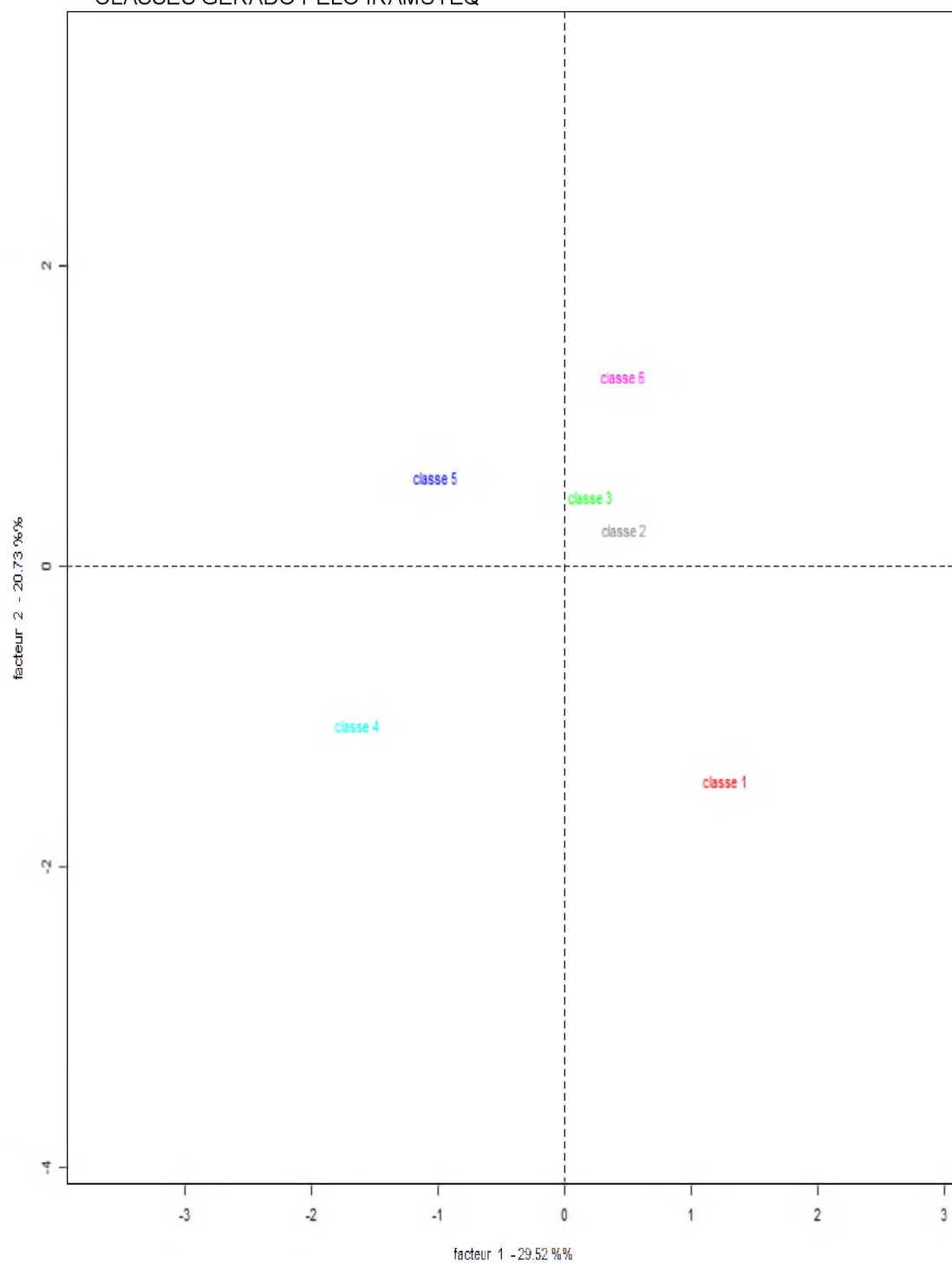
No Reino Unido a assistência à mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal é realizada em sua grande maioria por enfermeiras obstétricas, e um guia com diretrizes foi publicado em parceria com o Royal College of Midwives e o Instituto Britânico de Direitos Humanos para apoiar profissionais na assistência com base no respeito aos direitos humanos, em que informações e orientações são fornecidas à mulher em relação aos seus direitos e às suas relevâncias no processo de parturição, permitindo assim que enfermeiras obstétricas e outros profissionais prestem uma assistência de qualidade às mulheres (BIHR et al., 2016).

Neste contexto, a OMS aprova a implantação de modelos de continuidade de cuidados em sistemas de saúde com funcionamento satisfatório, em que o profissional apóia a mulher em todo o pré-natal, durante o parto e no pós-parto. Este modelo de cuidado visa proporcionar às mulheres grávidas um cuidado respeitoso e individualizado, com oportunidade de uma assistência qualificada, por meio de profissionais com habilidade clínica e interpessoal, que inclua apoio psicossocial e emocional e informações importantes durante a gravidez, a fim de garantir no ciclo gravídico puerperal uma experiência materna positiva, com desfechos maternos e neonatais satisfatórios. Destaca ainda a necessidade de treinamento, suporte aos profissionais, além de monitoramento do número adequado de profissionais, possibilitando fornecer cuidados que são essenciais para a implementação, aplicação e sustentação do modelo de continuidade de cuidados (WHO et al., 2016; WHO 2018).

#### 4.2 AS CLASSES E SUAS RELAÇÕES

As relações das classes entre si permitem visualizar a proximidade e distanciamento entre elas, pode-se observar por meio da FIGURA 4 o distanciamento das classes 1, 4 e 5 e a proximidade das classes 2, 3 e 6.

FIGURA 4 – DENDOGRAMA (CHD) DA ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DAS CLASSES GERADO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2018).

Na FIGURA 5, percebe-se com base nas palavras mais significativas o quanto as classes se distanciam e se misturam entre si. Essa proximidade das classes

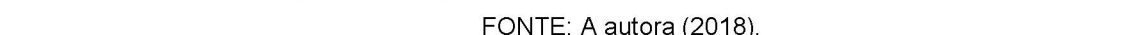
demonstra a semelhança dos temas e o distanciamento entre elas nos mostra a distinção dos temas, ou seja, tratam de assuntos diferentes.

A Classe 1 (vermelha) – Protocolos Assistenciais: repercussões, importância e contribuições – ficou mais isolada, pois demonstrou a sensibilidade e preocupação dos profissionais de enfermagem frente à necessidade da instituição de protocolos assistenciais para a sistematização da assistência de enfermagem e a importância desta construção juntamente com a equipe, pois gerou reflexão, consenso e aprendizado, sendo expressas suas contribuições tanto para o serviço, para os profissionais que lá atuam, quanto para a assistência de enfermagem à mulher em processo de parturição.

Visualiza-se a proximidade das classes 2 (cinza) – O protagonismo, autonomia e privacidade da mulher no processo de parturição, 3 (verde) – Dificuldades no processo de trabalho, e 6 (rosa) – Fragilidades/Limitações no processo de parturição, pois as mesmas demonstram fatores que de alguma forma não trazem benefícios à mulher em processo de parturição na ótica dos profissionais de enfermagem, envolvendo formas de cuidado, estrutura, recursos humanos, intervenções e orientações. Fatores estes que na sua maioria divergem das recomendações dos principais órgãos de saúde.

A classe 4 (azul claro) – Processo de Nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem – também demonstra um tema distinto. Nesta classe é possível identificar a percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao processo de parturição, aos sentimentos das mulheres que vivenciam este processo e aos fatores importantes para que o mesmo ocorra com segurança e traga benefícios para a mulher. Estes fatores expostos pelos profissionais de enfermagem convergem com as recomendações dos principais órgãos de saúde.

E, ainda, outro tema distinto pode ser evidenciado na classe 5 – Contribuições no processo de cuidar para melhor nascer, em que apontam cuidados que consideram importantes e que podem auxiliar a mulher em processo de parturição, propondo assim possibilidades para a sistematização da assistência de enfermagem.





na íntegra dos protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição.

QUADRO 9 – SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO (continua)

<b>SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO</b>	
<b>ÍNDICE</b>	<b>FINALIDADE</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	Apresentar a importância da sistematização dos cuidados de enfermagem.
<b>AGRADECIMENTO</b>	Demonstrar a colaboração valiosa dos profissionais de enfermagem do CCOG para a construção dos protocolos assistenciais.
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	Garantir à mulher uma assistência de enfermagem com qualidade e segurança.
<b>2. ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CCOG</b>	Otimizar a admissão da mulher e sistematizar o atendimento de forma humanizada e segura.
<b>3. ACOLHIMENTO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO CCOG</b>	Garantir a mulher um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e atenção humanizada com melhores desfechos maternos e neonatais.
<b>4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO</b>	Apresentar os cuidados de enfermagem para acompanhar e assistir a parturiente durante todo o processo de parturição e garantir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e o processo de nascimento seguro.
4.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Cuidados de enfermagem para acompanhar e assistir a parturiente no período de dilatação e apagamento do colo uterino.
4.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Cuidados de enfermagem para acompanhar e assistir a parturiente no período de dilatação total e expulsão do feto.
4.3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Cuidados de enfermagem para acompanhar e assistir a parturiente no período do nascimento do bebê e saída completa da placenta.
4.4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Cuidados de enfermagem para acompanhar e assistir a parturiente no período depois da saída completa da placenta e membranas.
<b>5. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR</b>	Apresentar os métodos não farmacológicos para favorecer a evolução do trabalho de parto, alívio da dor e garantir a participação da mulher e acompanhante.
5.1. DEAMBULAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO	Método não farmacológico para exercer efeitos sobre a atividade e eficiência uterina e facilitar a rotação fetal.
5.2. MASSAGENS CORPORAIS	Método não farmacológico para estimular diferentes receptores sensoriais, diminuir o estresse emocional, melhorar o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.
5.3. EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	Método não farmacológico para reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigênio.
5.4. BANHO DE CHUVEIRO	Método não farmacológico para promover vasodilatação periférica, redistribuir o fluxo sanguíneo e reduzir a ansiedade.
5.5. BOLA DE BOBAT	Método não farmacológico para massagear o assoalho pélvico, movimentar as articulações do quadril e região lombar, facilitar a rotação fetal e aporte de oxigênio.
5.6. CAVALINHO	Método não farmacológico para proporcionar relaxamento, aumentar a dilatação e diminuir a dor.

QUADRO 9 – SÍNTESE DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO (conclusão)

5.7. BANQUINHO NO FORMATO DE U	Método não farmacológico para auxiliar na finalização da descida e rotação fetal.
<b>6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO</b>	Apresentar os cuidados de enfermagem para garantir ao recém-nascido condições que auxiliem em sua adaptação fora do útero, estimular o aleitamento materno, prevenir oftalmia gonocócica, prevenir doença hemorrágica, proteger contra o vírus da hepatite B, identificar parâmetros ao nascer e intervir imediatamente nos casos em que apresentem condições que coloquem em risco sua vida.
<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO AOS ENFERMEIROS</b>	Roteiro de enfermagem para acompanhar o processo de parturição.

FONTE: A autora (2018).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados no processo de parturição devem contemplar a individualidade e a integralidade da mulher, em que os profissionais de enfermagem envolvidos nesse processo desempenhem papel fundamental para sua garantia, integrando de forma convergente as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas nas evidências científicas para que transcorra de forma segura e com qualidade. O presente estudo proporcionou compreender, diante deste contexto, as relações dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem e identificar desafios inseridos na prática assistencial.

Para delineamento metodológico deste estudo utilizou-se a PCA, diante da necessidade observada de sistematizar os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição e integrar a equipe de enfermagem na articulação da teoria embasada nas evidências científicas com a prática assistencial, a fim de proporcionar diálogo, reflexão e pensamento crítico, para mudanças no processo assistencial.

Para a coleta de dados utilizaram-se oficinas temáticas, por meio do processo denominado Quatro Erres (Rs), que envolve quatro fases. Na fase de **Reconhecimento**, por meio da oficina 1, se estabeleceu o diálogo participativo e identificou a percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao tema do estudo. Na fase de **Revelação**, por meio da oficina 2, se estabeleceu a reflexão em relação aos cuidados de enfermagem prestados à mulher em processo de parturição no CCOG e como as boas práticas obstétricas estavam inseridas neste serviço, possibilitando assim identificar fatores convergentes e divergentes na ótica dos profissionais de enfermagem. Na fase do **Repartir**, por meio da oficina 3, foram estabelecidos os cuidados de enfermagem que os profissionais consideraram importantes no processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, para que os mesmos fossem sistematizados. E na fase do **Repensar**, por meio da oficina 4, foram apresentados os protocolos assistenciais referentes aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição, elaborados por meio das discussões com os profissionais de enfermagem e realizaram-se alterações necessárias conforme consenso com o grupo.

Durante as oficinas foi possível observar a participação ativa e a satisfação dos profissionais de enfermagem, os quais sempre contribuíram com exemplos da

prática assistencial, enriquecendo assim as discussões e proporcionando o aprofundamento em relação ao tema do estudo, que foi de extrema importância para o compartilhamento do aprendizado e para a construção dos protocolos assistenciais.

Para a realização das oficinas temáticas foi utilizado um roteiro norteador que oportunizou a discussão em grupo, as quais geraram os discursos dos profissionais de enfermagem em relação ao tema e objetivos do estudo, e por meio dos discursos foi possível a obtenção dos dados.

A análise dos dados contou com o apoio do *software* Iramuteq, utilizado como um mecanismo de apoio para auxiliar no processo de tratamento dos dados com menor interferência da pesquisadora e, assim, garantindo maior confiabilidade ao estudo.

Os objetivos do estudo foram alcançados durante o desenvolvimento das oficinas e foram validados e reafirmados com a análise das seis classes geradas pelo *software* Iramuteq e a leitura dos discursos dos profissionais de enfermagem, que proporcionou um melhor entendimento em relação à inserção dos profissionais no contexto dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição.

Os resultados deste estudo demonstraram a sensibilidade dos profissionais de enfermagem frente à humanização do processo de parturição, evidenciando por meio das falas que se trata de um momento complexo para a mulher que o vivencia e para as pessoas que a acompanham, envolvendo sentimentos tanto de insegurança, medo, quanto de dor, sendo imprescindível a presença do profissional, proporcionando apoio, conforto e atenção, para que a mulher se sinta segura, e se torne um momento mais prazeroso e uma experiência positiva em sua vida.

Também foi possível identificar contribuições importantes para o processo de cuidar, nas quais incluem-se o acompanhante e os profissionais de enfermagem. O acompanhante tem papel fundamental como suporte no processo de parturição quando bem informado e orientado, sendo necessário que os profissionais de saúde lhe ensinem como proceder para garantir sua participação ativa. Aos profissionais de enfermagem cabem os cuidados de enfermagem que tragam benefícios à mulher e familiar no processo de parturição, sendo evidenciado pelas falas que estes cuidados envolvem as tecnologias não farmacológicas para auxiliar no alívio da dor e garantir resultados satisfatórios durante todo o processo de parto e nascimento,

sendo considerados cuidados primordiais as orientações, o estímulo, incentivo e apoio, favorecendo desta forma um processo de parto humanizado e o desenvolvimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Apesar dessa percepção dos profissionais de enfermagem frente à humanização do cuidado no processo de parturição, foram identificados, pelos discursos, cuidados muitas vezes impositivos, os quais evidenciam ainda relações assimétricas em que não se respeita os desejos da mulher e o direito à privacidade. As falas evidenciaram que atitudes profissionais ainda relembram a sua autonomia e protagonismo, dificultando o processo de humanização e desenvolvimento das boas práticas obstétricas, fato que demonstrou preocupação dos profissionais neste contexto.

Outra fragilidade no processo de parturição, que causa preocupação aos participantes, se relaciona ao internamento precoce associado à indução e ao uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, em que a medicalização desnecessária pode potencializar uma cascata de intervenções e levar a resultados indesejados.

Uma limitação evidenciada no estudo correlacionada às fragilidades apontadas diz respeito à assistência no pré-natal e sua contribuição na preparação da mulher para o processo de parturição, em que as orientações são de extrema importância, no entanto não vêm acontecendo de forma adequada, pois foi possível identificar pelos discursos dos profissionais de enfermagem que as mulheres chegavam despreparadas e inseguras, fato este que não traz benefícios para o processo de cuidar.

Neste estudo também foram identificados fatores dificultadores no processo de trabalho, que na visão dos profissionais prejudicam o desenvolvimento das boas práticas e o vínculo entre profissional/parturiente/familiar. Dentre estes, o número reduzido de profissionais para a demanda apresentada pelo setor, causando falta de tempo para cuidar adequadamente da mulher, sendo evidenciado nas falas em geral, porém principalmente pela equipe noturna. E a estrutura física inapropriada, que foi citada como a principal dificuldade, com espaço limitado, temperatura inadequada para a mulher e RN e exposição da mulher, por falta de espaço privativo, não respeitando assim sua individualidade durante o processo de parturição.

Todas as fragilidades e dificuldades apontadas neste estudo tiveram repercussões frente à inexistência de protocolos assistenciais para o atendimento à mulher em processo de parturição, de atualização e treinamento da equipe, sendo um assunto amplamente discutido. Neste contexto, por meio das falas dos participantes ficou evidente a falta de sistematização dos cuidados de enfermagem e do conhecimento em sua totalidade por parte da equipe em relação ao termo e compreensão referente às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, uma vez que a atualização e treinamento dos profissionais que atuavam no setor de obstetrícia não atendia esse requisito.

Foi possível evidenciar neste estudo que os profissionais de enfermagem compreendiam que a instituição de protocolos assistenciais garante a sistematização da assistência, ajuda a organizar e estruturar os processos de trabalho, promovendo melhora na qualidade assistencial, com redução dos índices de EAs, e na gestão de recursos humanos. Referiram ainda que esses precisam ser colocados em prática por meio de treinamentos para todos os profissionais que atuam ou que vão atuar no serviço.

E, ainda, a integração dos profissionais de enfermagem na construção dos protocolos assistenciais identificou pontos positivos, levando os profissionais a repensarem seu processo de trabalho, prática assistencial, compartilhando e aprimorando o conhecimento em relação aos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento e que demonstrou satisfação dos profissionais neste processo de construção.

Para a construção dos protocolos assistenciais, além das boas práticas obstétricas baseadas nas evidências científicas, consideraram-se também o processo de trabalho, estrutura física, a realidade do setor e a perspectiva dos profissionais de enfermagem que atuavam neste serviço, os quais foram discutidos durante as oficinas e definidos por meio de consensos com o grupo, a fim de garantir protocolos assistenciais coerentes e que possam ser exequíveis para o serviço.

O presente estudo contribuiu significativamente na construção e desenvolvimento do conhecimento, o que me proporcionou satisfação pessoal e profissional, fato este que se tornou possível por meio do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade

Federal do Paraná, pela aprovação e confiança disposta pelas chefias da Unidade Materno-Infantil e do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico e pela participação dos profissionais inseridos neste serviço, portanto meus sinceros agradecimentos a todos estes que oportunizaram o crescimento individual e profissional.

Entre as limitações do estudo verificou-se que o mesmo foi realizado em um período em que a instituição estava com desfalque na equipe de enfermagem, porém este cenário vem passando por processo de mudanças e atualmente houve significativas melhorias, principalmente no quantitativo de técnicos de enfermagem no período diurno e de enfermeiros com especialização em obstetrícia tanto no período diurno quanto no noturno. E, ainda, destaca-se que os protocolos assistenciais serão em breve implantados oficialmente pela chefia da UMI, evidenciando que o produto desta dissertação seguirá além da conclusão do estudo.

O presente estudo alcançou seu objetivo e apresenta como produto desta dissertação “protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição”, indo ao encontro dos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da Pesquisa Convergente Assistencial, fomentando e colaborando para que melhorias na prática assistencial sejam alcançadas.

## REFERÊNCIAS

- ABEBE, F. et al. Assessment of knowledge and utilization of the partograph among health professionals in Amhara region, Ethiopia. **Science Journal of Clinical Medicine**, v. 2, n. 2, p. 1-17, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Fantu\\_Abebe/publication/236216606\\_Assessment\\_of\\_Knowledge\\_and\\_Utilization\\_of\\_Partograph\\_in\\_Amhara\\_region\\_Ethiopia/links/0deec5171045ba3791000000/Assessment-of-Knowledge-and-Utilization-of-Partograph-in-Amhara-region-Ethiopia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fantu_Abebe/publication/236216606_Assessment_of_Knowledge_and_Utilization_of_Partograph_in_Amhara_region_Ethiopia/links/0deec5171045ba3791000000/Assessment-of-Knowledge-and-Utilization-of-Partograph-in-Amhara-region-Ethiopia.pdf). Acesso em: 31 março 2018.
- ALEXANDRE, D. F. S. N.; MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S.. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, v. 3, p. e34, 2016. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/34/33>. Acesso em: 31 março 2018.
- ALLIANCE, W. R. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. **White Ribbon Alliance**, 2011. Disponível em: [https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf). Acesso em: 25 março 2018.
- ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G.. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 711-724, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1034>. Acesso em: 04 abril 2018.
- ALMEIDA, M. C. P. **A Prática da Enfermagem como subsídio para a formação do enfermeiro**. In: SEMINÁRIO A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO, 1., Ribeirão Preto, 1985. Anais Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1985. p. 53-59.
- ALVES, D. F. C. et al. Processo de Humanização na Assistência de Enfermagem à Parturiente: Revisão Integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/1180-2942-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/1180-2942-1-SM%20(3).pdf). Acesso em: 30 março 2018.
- AUXÍLIO MÚTUO. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/dinamicas-para-socializacao-e-apresentacao-auxilio-mutuo/22961>. Acesso em: 17 abril 2017.
- BACKES, M. et al. Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1232>. Acesso em: 20 março 2018.
- BARAN, P.; RABA, G. Obstetric outcomes in oxytocin-related and spontaneous deliveries—analysis of 2198 cases. **Ginekologia polska**, v. 80, n. 7, 2009. Disponível



em: [https://journals.viamedica.pl/ginekologia\\_polska/article/view/46588/33375](https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46588/33375). Acesso em: 07 abril 2018.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5>. Acesso em: 04 abril 2018.

BARBOZA, L.P; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.5, n.1, p.119-129, 2016. Disponível: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>. Acesso em: 30 dezembro 2017.

BARROSO LUCAS, M. T. et al. Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 1, p. 32-40, 2015. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5067>. Acesso em: 31 janeiro 2017.

BEDWELL, C. et al. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring?. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 31, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1213-4>. Acesso em: 31 março 2018.

BOHREN, M. A. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive health**, v. 11, n. 1, p. 71, 2014. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-71>. Acesso em: 03 abril 2018.

BOHREN, M. A. et al. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. **The Cochrane Library**, 2016. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012449/full>. Acesso em: 03 abril 2018.

BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Library**, 2017. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>. Acesso em: 24 março 2018.

BORTOLI, C. F. C. et al. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, p. 978-983, 2017. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5565/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5565/pdf_1). Acesso em: 24 março 2018.

BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. **Boston: USAID-TRACTION Project, Harvard School of Public Health**, 2010. Disponível em:

[https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf). Acesso em: 25 março 2018.

BRAGA, T. L.; SANTOS, S. C. C. PARTO HUMANIZADO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 6, n. 1, p. 20-34, 2017. Disponível em: <http://revistapuca.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3641/1563>. Acesso em: 01 abril 2018.

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>. Acesso em: 30 março 2017.

BRASIL. **Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/d94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm). Acesso em: 29 dezembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para Maternidade Segura**. Guia Básico para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.815, de 29 de maio de 1998**. Institui, o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999**. Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 30 março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf). Acesso em: 27 fevereiro 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 27 fevereiro 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm). Acesso em: 27 fevereiro 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 36/2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Republicada em 11/07/2008. Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html). Acesso em: 30 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/ambiencia.pdf>. Acesso em: 09 abril 2107.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 27 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 22 agosto 2016.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 12 Dez 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 agosto 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf). Acesso em: 26 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.020, de 31 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. 2013b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 26 fevereiro 2017.

BRASIL. MS/SVS/DASIS. **Nascidos vivos – Brasil. Nascim p/resid.mãe segundo Região.** Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2014a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabfcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 22 agosto 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Hospitais Universitários Federais. Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral Universidade Federal do Paraná: **dimensionamento de serviços assistenciais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento\\_assistencial\\_hc\\_e\\_maternidade UFPR.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88dbea](http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento_assistencial_hc_e_maternidade UFPR.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88dbea). Acesso em: 10 setembro 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal:** segurança e qualidade. Brasília: ANVISA; 2014c. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/Manual\\_Seguranca\\_MATERNA\\_12112014\\_FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/Manual_Seguranca_MATERNA_12112014_FINAL%20(1).pdf). Acesso em: 27 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 30 dezembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana:** Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf). Acesso em: 08 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal:** Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 08 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes\\_PartoNormal\\_VersaoResumida\\_FINAL.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoResumida_FINAL.pdf). Acesso em: 08 abril 2017.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 648-655, 2013. Disponível em:

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf). Acesso em: 31 janeiro 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 07 janeiro 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugu%C3%AAs\\_09.06.2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugu%C3%AAs_09.06.2017%20(1).pdf). Acesso em: 07 janeiro 2018.

CARON O. A. F.; SILVA I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 agosto 2016.

CARVALHO, E. M. P. D.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 889-897, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000600889&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600889&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 de março 2017.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Livro de Declarações de Nascidos Vivos. Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico, HC-UFPR, 2016-2017.

Conselho Federal Enfermagem – COFEN. **Resolução nº 0477 de 23 de abril de 2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília (DF): COFEN, 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html). Acesso em: 29 dezembro 2017.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): COFEN, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html). Acesso em: 30 março 2018.

COSTA, L. F. **Boas prática na assistência ao parto e nascimento: concepções, percepções e desafios sob a ótica da equipe de enfermagem**. 64 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

COSTA, P. B. et al. Construção e validade do manual educativo para uma promoção aleitamento materno. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3732>. Acesso em: 20 março 2018.

CRESWELL, J. W. Métodos qualitativos. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DARLINGTON, A.; MCBROOM, K.; WARWICK, S. A northwest collaborative practice model. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 673-677, 2011. Disponível em: [http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2011/09000/Collaborative\\_Practice\\_Between\\_Obstetricians\\_and.2.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2011/09000/Collaborative_Practice_Between_Obstetricians_and.2.aspx). Acesso em: 03 janeiro 2018.

DAVIS, E. C.; XAVIER, E. Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais. **Ministério da saúde Republica de Moçambique. www. misau. gov. mz**, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>. Acesso em: 08 abril 2018.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v.75, n. 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: [http://site.iugaza.edu.ps/abahri/files/2014/10/tparadigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://site.iugaza.edu.ps/abahri/files/2014/10/tparadigms_of_childbirth.pdf). Acesso em: 30 dezembro 2017.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 agosto 2016.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2017. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ee547406-468b-4d03-998d-b0912d98cde7%40sessionmgr102>. Acesso em: 30 março 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 425-437, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2012.v28n3/425-437/pt/>. Acesso em: 10 abril 2018.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S154-S168/pt/>. Acesso em: 25 março 2018.

DOWNE S.; FINLAYSON K.; FLEMING A. Creating a collaborative culture in maternity care. **Journal of Midwifery & Womens Health**, v. 55, n. 3, p. 250-254, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2010.01.004/full>. Acesso em: 03 janeiro 2018.

ELSEN, I. Prefácio. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 7.

FEIJÃO, L. B. V.; BOECKMANN, L. M. M.; MELO, M. C. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, 2017. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1318>. Acesso em: 20 março 2018.

FERNANDES, B. B. et al. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 192-199, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/56792>. Acesso em: 29 dezembro 2017.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do parto e nascimento : acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf\\_2533](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3721/pdf_2533). Acesso em: 09 abril 2017.

FERREIRA, L. M. S. et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102/263>. Acesso em: 24 março 2018.

FERRER, M. B. C. et al. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. **BMJ open**, v. 6, n. 8, p. e011362, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013466/>. Acesso em: 04 abril 2018.

FORNAZARI, D. H.. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP**. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Setor de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. eletrônica enferm**, v. 12, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. Acesso em: 31 janeiro 2017.

FRIGO, J. et al. A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANÍSTICO NA PARTURIÇÃO. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 15, n. 2, p. 5-9, 2013. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/756/401>. Acesso em: 01 abril 2018.

FWACN, O. A. et al. Partograph Utilization at Three Levels of Health Care Delivery Services in Ile-Ife, Nigeria. **International Journal of Caring Sciences**, v. 7, n. 2, p. 678, 2014. Disponível em:

<https://search.proquest.com/openview/cc6f3f27ad68db9d90c0032ad685ad0c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606338>. Acesso em: 31 março 2018.

GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 114, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 agosto 2016.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, 2017. <file:///C:/Users/cliente/Downloads/78044-323737-2-PB.PDF>. Acesso em: 08 abril 2018.

GREGÓRIO, V. R. P. et al. Conhecendo a constituição da relação saber-poder das enfermeiras em um centro obstétrico. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 173-88, 2015. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/Obstetricia\\_HERE\\_2015.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/Obstetricia_HERE_2015.pdf). Acesso em: 30 março 2018.

GULINI, J. E. H. M. B. et al. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 03221, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03221.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03221.pdf). Acesso em: 20 março 2018.

HEALTH & SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE (EN). **NHS Maternity Statistics, England, 2011-2012**: summary report. London: Health & Social Care Information Centre, 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. A HISTÓRIA DO HC. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc>. Acesso em: 20 outubro 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf>. Acesso em: 03 janeiro 2018.

INDRACCOLO, U. et al. Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. **Clinical and experimental obstetrics & gynecology**, v. 37, n. 4, p. 273-277, 2010. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/21355456>. Acesso em: 07 abril 2018.

IOM (Institute of Medicine), Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: The National Academy Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/10027.html>. Acesso em: 08 novembro 2016.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. In: Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro, 2014, Duque de Caxias, RJ. **Anais...** Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO, 2014. p. 37-54. Disponível em:



<https://drive.google.com/file/d/0Bx09a4dcdTI6Y1czRIJIVI9VcHM/view>. Acesso em: 07 janeiro 2018.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Pap. soc. Represent., Threads discuss. (Online)**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012. Disponível em: [http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20\\_39.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf). Acesso em: 08 JANEIRO 2018.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A Saúde materna e os objetivos de desenvolvimento do milênio. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 03-10, 2007. Disponível em: <http://revistas.unq.br/index.php/saude/article/view/63>. Acesso em: 29 dezembro 2017.

LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. **The Cochrane Library**, 2013. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/full>. Acesso em: 07 abril 2018.

LEAL, M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de saude publica**, v. 30, p. S17-S32, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 24 março 2018.

LIMA, E. M. et al. Segurança na assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 2, p. 262-281, 2016. Disponível em: <http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/13164/10306>. Acesso em: 20 março 2018.

LIMA, M. J. O QUE É ENFERMAGEM? **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4678>. Acesso em: 01 abril 2018.

LOPES, A. G. et al. O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 2016. Disponível em: <http://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/2/pdf>. Acesso em: 20 março 2018.

LOPEZOSA, P. H.; MAESTRE, M. H.; BORREGO, M. A. R. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2744, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/r/lae/article/view/124535>. Acesso em: 07 abril 2018.

LULU SANTOS. Como uma onda no mar. **O ritmo do momento**. Rio de Janeiro, WEA, 1983. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=uutFqC6N\\_vc](https://www.youtube.com/watch?v=uutFqC6N_vc). Acesso em: 10 setembro 2017.

MACEDO, P. D. O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev. enferm. UERJ**, p. 306-312, 2005. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a03.pdf>. Acesso em: 25 de março 2017.

MAFETONI, R. R. SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 505-520, 2014. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/942>. Acesso em: 04 abril 2018.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 439-447, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 fevereiro 2017.

MATOS, G. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. esp., p. 870-878, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/3347-38368-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/3347-38368-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 22 fevereiro 2017.

MELO, K. L. et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 6, n. 3, 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3124/pdf\\_1348](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3124/pdf_1348). Acesso em: 24 março 2018.

MILFONT, P. M. D. S. et al. An exploratory study on the implementation of guidelines for safe delivery and satisfaction of women. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 10, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1032>. Acesso em: 31 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113493>

MORATÓRIO, M. B. **Trabalho de Parto e Parto: Compreensão de mulheres e des-velamento da solicitude como possibilidade assistencial**. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.

NA HORA CERTA: DOCUMENTÁRIO SOBRE PARTO HUMANIZADO. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WFckEkeFGy0>. Acesso em: 17 abril 2017.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400019&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400019&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 20 março 2018.

NAScer NO BRASIL: PARTO, DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ÀS BOAS PRÁTICAS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk>. Acesso em: 17 abril 2017.

NICOLINI, A. B. et al. Processo de elaboração de protocolo para assistência humanizada de enfermagem ao parto de risco habitual. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 4, 2017. Disponível em:

<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36841>. Acesso em: 20 março 2018.

NOZAWA, M. R.; SCHOR, N. O Discurso de Parto de Mulheres Vivenciando a Experiência da Primeira Gestação. **Rev. saúde e sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 89-119, 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901996000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901996000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 agosto 2016.

OKOKON, I. B. et al. An evaluation of the knowledge and utilization of the partograph in primary, secondary, and tertiary care settings in Calabar, South-South Nigeria. **International journal of family medicine**, v. 2014, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/105853.pdf>. Acesso em: 31 março 2018.

OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C.. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/16698/12924>. Acesso em: 20 março 2018.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O ethos e o pathos na sala de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/67761>. Acesso em: 20 março 2018.

OLLERHEAD E.; OSRIN D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low-and middle-income countries: a systematic review. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 281, 2014. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-281>. Acesso em: 31 março 2018.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na tenção ao parto. **Ciência, Cuidado e Saúde**. V. 13, n. 1, p. 128-136, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18887>. Acesso em 29 dezembro 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra OMS, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf). Acesso em: 22 agosto 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura**: Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra OMS, 1996.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Pesquisa convergente assistencial e seus atributos. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 21-28.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (organizadoras). **Metodologias da**

**pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá, 2015, p. 184 - 200.

PALINSKI, J. R. et al. Women's perception on the process of coaching labor. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 2, p. 274-88, sep. 2012. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603/html>. Acesso em: 03 abril 2018.

PAPEL AMASSADO. Disponível em: <http://www.rhportal.com.br/dinamicas-de-grupo/papel-amassado/>. Acesso em: 02 agosto 2017.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 199-213, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/1727-5370-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/1727-5370-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 março 2018.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 março 2018.

PIMENTA, L. F. et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 6, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750623013/>. Acesso em: 24 março 2018.

PIVATTO, L. F.; GONCALVES, C. G. O. Ruído no alojamento conjunto: percepção das usuárias e dos profissionais de enfermagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1461-1474, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000600009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 dezembro 2017.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. Educational practices developed by nurses: reflections on women's pregnancy and labor experiences. **RevBrasEnferm**, v. 65, n. 2, p. 257-63, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 31 janeiro 2017.

PUGGINA, C. C. et al. Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 16, n. 4, p. 87-97, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/22580/11>. Acesso em: 20 março 2018.

RAMOS, W. M. A. et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/pdf>. Acesso em: 01 abril 2018.

RATTNER, D. et al. ReHuNa – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em: 29 dezembro 2017.

REIS, L. G. C. **Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos: desenvolvimento e aplicação de método de detecção**. 333f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

REIS, T. R. et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 94-101, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/0102-6933-rge/v36-spe-0094.pdf>. Acesso em: 08 abril 2018.

REIS, T. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/64677-300229-1-PB%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/cliente/Downloads/64677-300229-1-PB%20(1).PDF). Acesso em: 24 março 2018.

ROCHA, F. A. A. et al. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 16, n. 6, p. 782-789, 2015. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1999/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1999/pdf_1). Acesso em: 20 março 2017.

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N.; ROBERTSON, P. Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngology—Head and Neck Surgery**, v. 148, n. 1\_suppl, p. S1-S55, 2013. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0194599812467004>. Acesso em: 20 março 2018.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734/26785>. Acesso em: 20 março 2018.

ROTA, A. et al. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. **Women and Birth**, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/cliente/Downloads/18.Timingofhospitaladmissioninlabour...minterventions.pdf>. Acesso em: 08 abril 2018.

SALES, C. B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt\\_0034-7167-reben-71-01-0126.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0126.pdf). Acesso em: 21 março 2018.

SANDALL J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf>. Acesso em: 03 janeiro 2018.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 3, p. 875-82, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf). Acesso em: 24 março 2018.

SELHORST, I. S. B.; BUB, M. B. C.; GIRONDI, J. B. R. Protocolo de acolhimento e atenção para usuários submetidos a endoscopia digestiva alta e seus acompanhantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0575.pdf>. Acesso em 21 março 2018.

SENA L. M.; TESSER C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024103&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005024103&script=sci_abstract&lng=es). Acesso em: 29 dezembro 2017.

SHAKIBAZADEH, E. et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 2017. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15015>. Acesso em: 30 março 2018.

SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71428558008.pdf>. Acesso em: 25 março 2018.

SILVA, U. G. **Educação permanente em saúde: práticas humanizadas no centro obstétrico de um hospital universitário** – 83f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre. Rio Grande do Sul, 2013.

SOUSA, A. M. M. et al. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_arttext). Acesso em: 04 março 2018.

SOUZA, J. P. et al. **A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study**. **Bjog**, v. 123, n. 3, p. 427-436, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/cliente/Downloads/Souza\\_et\\_al-2016-BJOG-An\\_International\\_Journal\\_of\\_Obstetrics\\_&\\_Gynaecology.pdf](file:///C:/Users/cliente/Downloads/Souza_et_al-2016-BJOG-An_International_Journal_of_Obstetrics_&_Gynaecology.pdf). Acesso em: 20 agosto 2016.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S.. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>. Acesso em: 08 abril 2018.

The British Institute of Human Rights (BIHR) et al. **Midwifery and human rights: a practitioner's guide**. Queen Mary University of London, 2016. Disponível em: <https://www.bih.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=6677278e-0773-4ab8-8fc1-69d935ea7116>. Acesso em: 10 abril 2018.

TILDEN, E. L. et al. Cost-Effectiveness Analysis of Latent versus Active Labor Hospital Admission for Medically Low-Risk, Term Women. **Birth**, v. 42, n. 3, p. 219-226, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12179>. Acesso em: 08 abril 2018.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 31-47.

TRENTINI, M.; PAIM, L. A trajetória da pesquisa convergente assistencial (PCA). In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004. p. 37-94.

UÑA CIDÓN, E. et al. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. **International journal of health care quality assurance**, v. 25, n. 2, p. 106-117, 2012. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/09526861211198272>. Acesso em: 21 março 2018.

VASCONCELOS, A. A. **Atuação das enfermeiras na humanização do parto e nascimento no Distrito Federal**. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília. Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2010.

VIEIRA, M. J. O. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, jun. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714/21669>. Acesso em: 20 dezembro 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Prenatal care in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>. Acesso em: 10 abril, 2018.

VINCENT, C. **The Essentials of Patient Safety**. London: Imperial College, 53 p. 2011. Disponível em: <https://www1.imperial.ac.uk/resources/5D671B2E-1742-454E-9930-ABE7E4178561/vincentessentialsofpatientsafety2012.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2016.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 304-313, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>. Acesso em: 03 janeiro 2018.

WEI, S. et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. **The Cochrane Library**, 2013. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006794.pub4/full>. Acesso em: 07 abril 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Recommendations for augmentation of labour**: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. 2015. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>. Acesso em 31 março 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=6419ADC721236497F2300A69216080E1?sequence=1>. Acesso em: 10 abril 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 março 2018.

ZVEITER, M.; SOUZA, I. E. O. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 86-92, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100086&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100086&script=sci_arttext&lng=es). Acesso em: 24 março 2018.



## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Dra. Marilene Loewen Wall, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e Adriana Aparecida Piler, enfermeira e mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de enfermagem que realiza a assistência direta e indireta a paciente em processo de parturição no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico do HC/ UFPR, a participar de um estudo intitulado “Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição”. Tem como objetivo construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais que norteiem o cuidado de enfermagem a paciente em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.


Caso você participe da pesquisa será necessário participar de oficinas temáticas, as quais serão audiogravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Durante as oficinas, também serão realizadas anotações em um diário de campo acerca das percepções gerais da pesquisadora. Estas serão pré-agendadas durante o horário de trabalho dos participantes, com liberação prévia da chefia e nas instalações da própria instituição. Estima-se que as oficinas terão duração de 1 (uma) hora.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ao participar das oficinas, devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas, podendo causar algum sentimento de mal-estar. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Os benefícios esperados com esta pesquisa são: a compreensão por parte dos profissionais em relação às boas práticas obstétricas como forma de atualização e convergência com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS); desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem a paciente em processo de parturição, com aprimoramento da assistência humanizada à mulher com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, com a instituição de protocolos assistenciais para a coordenação do cuidado de enfermagem. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilene Loewen Wall, telefone (41) 9615-7260, e a Enfermeira Mestranda Adriana Aparecida Piler, telefone (41) 9942-1186, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas de segunda a sexta, das 8 h às 17 h, na Direção de Enfermagem deste Hospital ou pelos e-mails wall@ufpr.br ou a.piler@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

  
**MARIA JOSE MOCELIN**  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_-

\_\_\_\_\_

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como médico e equipe de enfermagem. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As oficinas serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li este termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo, do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

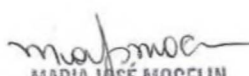
Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Adriana Aparecida Piler

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

  
MARIA JOSÉ MOCELIN  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HCUFPR  
Matrícula 7462

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal -  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 – PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO CCOG

## PERFIL DOS PROFISSIONAIS DO CCOG

Profissional Enfermagem	Idade (anos)	Sexo		Tempo de Atuação na Instituição	Tempo de Atuação no CCOG	Categoria Profissional			Horário de Trabalho			Escolaridade				Vínculo	
		FEMININO	MASCULINO			ENFERMEIRO	TÉCNICO	AUXILIAR	MANHÃ	TARDE	NOITE	MÉDIO	SUPERIOR	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	ESTATUTÁRIO	CONSOLIDAÇÃO DA LEI TRABALHISTA (CLT)
1	59	X		39 anos	9 anos			X	X			X		X			X
2	N.I.	X		2 anos	1 ano 3meses		X		X					X			X
3	61	X		22 anos	22 anos			X		X				X		X	
4	48	X		28 anos	15 anos		X		X			X					X
5	37	X		4 anos 7meses	3 anos 4meses			X	X					X		X	
6	N.I.	X		20 anos	20 anos			X	X				X			X	
7	31	X		1 ano	1 ano	X			X					X			X
8	75	X		23 anos	23 anos			X	X			X					X
9	47	X		1 ano 2meses	1 ano 2meses		X		X			X					X
10	46	X		23 anos	3 anos			X			X			X		X	
11	60	X		26 anos	26 anos			X			X			X			X
12	43	X		13 anos	13 anos			X			X			X		X	
13	45	X		14 anos	14 anos			X		X		X				X	
14	32	X		30 dias	30 dias		X			X			X				X
15	55	X		17 anos	6 anos			X		X		X				X	
16	36	X		13 anos	9 anos			X			X			X		X	
17	58	X		24 anos	24 anos		X			X	X	X					X
18	42	X		2 anos	2 anos			X			X	X		X		X	
19	46		X	2 anos	2 anos						X		X			X	
20	50	X		21 anos	8 anos	X				X					X	X	
21	36	X		4 anos 6meses	4 anos 6meses			X		X		X				X	
22	32	X		1 ano	1 ano		X			X		X					X
23	60	X		15 anos	2meses			X		X		X				X	
24	48	X		2meses	2meses		X					X					X
25	37		X	5 anos	1 ano			X			X	X				X	
26	55	X		28 anos	25 anos			X			X			X		X	
27	25	X		2 anos	2 anos			X			X					X	
28	54	X		24 anos	24 anos		X				X	X					X
29	56	X		24 anos	24 anos			X			X	X					X
30	52	X		25 anos	21 anos	X					X				X		
31	56	X		22 anos 4 meses	22 anos 4 meses			X	X			X				X	
32	54	X		4 anos 6 meses	4 anos 6 meses			X		X		X				X	
33	66	X		34 anos	10 anos			X		X		X				X	
34	48	X		29 anos	29 anos			X			X			X		X	
35	53	X		13 anos	13 anos			X			X	X				X	
36	58	X		25 anos	25 anos		X		X			X				X	

FONTE: A autora (2017).

### APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: **Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição**

**Pesquisador responsável:** Enf.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Loewen Wall (41) 99615-7260

**Mestranda:** Enf.<sup>a</sup> Adriana Aparecida Piler (41) 99942-1186

**Local da coleta de dados:** Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico do Hospital de Clínicas da UFPR

#### ROTEIRO PARA DESENVOLVER AS OFICINAS

1. Por que você escolheu trabalhar na enfermagem no cuidado à paciente em processo de parturição?
2. Há quanto tempo você trabalha no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico?
3. O que te traz satisfação no teu trabalho e o que te traz insatisfação?
4. Qual sua percepção e compreensão sobre os cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição?
5. Na sua opinião, quais são os cuidados de enfermagem que devem ser realizados à paciente em processo de parturição?
6. Na sua opinião, existem divergências nos cuidados de enfermagem prestados à paciente em processo de parturição no CCOG? Se afirmativo, porque você acha que isso acontece?
7. Você encontra problemas em relação aos cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição no CCOG? Se afirmativo, quais são?
8. Você já ouviu falar nas boas práticas obstétricas?

9. Se sim, qual sua compreensão e percepção em relação às boas práticas obstétricas?
10. Você tem alguma dúvida e/ou dificuldade em relação aos cuidados realizados à paciente em processo de parturição com base nas boas práticas obstétricas?
- Escolha da mulher sobre o local de parto;
  - Direito da mulher à privacidade no local de parto;
  - Apoio empático pelos profissionais durante o processo de parturição;
  - Direito a acompanhante de escolha da mulher durante o processo de parturição;
  - Fornecimento de informações e explicações durante o processo de parturição;
  - Oferta de líquidos por via oral durante o processo de parturição;
  - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
  - Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por meio do uso do partograma da OMS;
  - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o processo de parturição;
  - Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto;
  - Liberdade de posição e movimentação durante o processo de parturição;
  - Estímulos a posições não supinas;
  - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto;
  - Condições estéreis ao cortar o cordão;
  - Prevenção da hipotermia do bebê;
  - Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora de vida;
  - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
11. A forma como são realizados os cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição no CCOG favorece o desenvolvimento das boas

práticas obstétricas e o vínculo profissional/paciente? Como? Quais as dificuldades?

12. Quais suas sugestões em relação aos cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento?
13. Como você acha que poderiam ser desenvolvidos, organizados e padronizados os cuidados de enfermagem e rotinas em relação à paciente em processo de parturição no CCOG com base nas boas práticas obstétricas?

## APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS TEMÁTICAS

### CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DAS OFICINAS TEMÁTICAS

OFICINAS	PERÍODO	DIA	HORÁRIOS PREVISTOS
Oficina 1 – Interação e Sensibilização	MANHÃ – TURMA 1	06/06/2017	08:00 às 09:00 horas
	MANHÃ – TURMA 2		10:00 às 11:00 horas
	TARDE – TURMA 1	07/06/2017	14:00 às 15:00 horas
	TARDE – TURMA 2		16:00 às 17:00 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 1	06/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 1	07/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 1	08/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
Oficina 2 – Boas Práticas Obstétricas	MANHÃ – TURMA 1	20/06/2017	08:00 às 09:00 horas
	MANHÃ – TURMA 2		10:00 às 11:00 horas
	TARDE – TURMA 1	21/06/2017	14:00 às 15:00 horas
	TARDE – TURMA 2		16:00 às 17:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 1	20/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 1	21/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
Oficina 3 – Sistematização dos Cuidados de Enfermagem	NOTURNO – N2 TURMA 1	22/06/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	MANHÃ – TURMA 1	11/07/2017	08:00 às 09:00 horas
	MANHÃ – TURMA 2		10:00 às 11:00 horas
	TARDE – TURMA 1	12/07/2017	14:00 às 15:00 horas
	TARDE – TURMA 2		16:00 às 17:00 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 1	11/07/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
Oficina 4 – Protocolos Assistenciais	NOTURNO – N2 TURMA 1	12/07/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 1	13/07/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	MANHÃ – TURMA 1	29/08/2017	08:00 às 09:00 horas
	MANHÃ – TURMA 2		10:00 às 11:00 horas
	TARDE – TURMA 1	30/08/2017	14:00 às 15:00 horas
	TARDE – TURMA 2		16:00 às 17:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 1	29/08/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N3 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 1	30/08/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N1 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 1	31/08/2017	20:00 às 21:00 horas
	NOTURNO – N2 TURMA 2		21:30 às 22:30 horas

FONTE: A Autora (2017).

**APÊNDICE 5 – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A  
MULHER EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO**

**PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM  
PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

CURITIBA  
2018



**PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM  
PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

Organizadores

Adriana Aparecida Piler

Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2018

Universidade Federal do Paraná. Complexo Hospital de Clínicas. Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico.  
Protocolos assistenciais de enfermagem para a mulher em processo de parturição / Adriana Aparecida Piler,  
Marilene Loewen Wall, organizadoras; [colaboração Alina dos Santos Freitas...et al]. – Curitiba, 2018.  
37 f. ; 30 cm

Inclui bibliografia

1. Enfermagem obstétrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Parto humanizado. 4. Trabalho de parto. I. Piler,  
Adriana Aparecida. II. Wall, Marilene Loewen. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231

**PARTICIPANTES**

Alina dos Santos Freitas  
Alvina Gregorini  
Ana Maria Perger  
Ana Paula Terra da Silva  
Anadir Maria Spancerski  
Andrea Regina Arcênio  
Antonia Ap<sup>a</sup> Andrade Matos  
Carla Rejane Possebon  
Claudinei de Oliveira  
Diana Cavalli  
Diva das Graças de Andrade  
Eliane Santafosta Nunes  
Geovana Metz Ferreira  
Ivete Rosa da Luz  
Joana Darc Freitas e Silva  
Karla Hanc Leite  
Lisiane Pereira Martins  
Lourdes Rosa da Silva  
Maria Aparecida Zanellato  
Maria de Lima Bueno Lelli  
Maria de Lourdes Hryszko  
Maria do Rocio Muller  
Mariliz Candida Anderson  
Mariza Alquieri Raimundo  
Miriam Rosa dos Santos Carvalho  
Raissa Almeida Ramos  
Rosalina M. Cavalheiro  
Rosana Noeli da Silva Melo  
Rute Barbosa  
Sandra Mara Arruda  
Silvana Fernandes Naico  
Silvana Rubio Lopes  
Silvio Rodrigo Silva de Lima  
Sueli dos Reis da Silva Alves  
Tânia Elizabeti Camargo Marinho  
Zulmira Machado

## **APRESENTAÇÃO**

Os protocolos assistenciais foram estruturados a fim de sistematizar os cuidados de enfermagem necessários para a atenção ao parto e nascimento, para que seja realizada de forma padronizada com a mesma qualidade e humanização por todos os profissionais de enfermagem do Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG).

A intenção é que os profissionais se apropriem do conteúdo disponibilizado, e que possa resultar na melhoria de suas práticas e consequente na redução dos índices de eventos adversos.

## **AGRADECIMENTOS**

Esse material teve a colaboração valiosa dos profissionais de enfermagem do CCOG, que se tornaram co-autores desse documento. Vale ressaltar o fundamental e indispensável apoio da chefia da Unidade Materno Infantil e supervisão de enfermagem, que por meio da aprovação do projeto de pesquisa intitulado “Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição” tornaram possível a realização das oficinas com os profissionais de enfermagem, as quais proporcionaram muitas reflexões, discussões e a construção dos protocolos assistenciais com base nas evidências científicas e nas recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que nos traz as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

## LISTA DE SIGLAS

AIH	-	Autorização de Internação Hospitalar
BCF	-	Batimentos Cardíofetais
CCOG	-	Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico
DNV	-	Declaração de Nascido Vivo
DUM	-	Data da Última Menstruação
GBS	-	Estreptococo do grupo Beta-Hemolítico
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
RN	-	Recém-Nascido
SIH	-	Sistema de Informação Hospitalar
SSVV	-	Sinais Vitais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3. ACOLHIMENTO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO.....</b>	<b>11</b>
<b>4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO .....</b>	<b>14</b>
4.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	14
4.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	17
4.3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	19
4.4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO.....	21
<b>5. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR .....</b>	<b>23</b>
5.1. DEAMBULAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO .....	23
5.2. MASSAGENS CORPORAIS .....	24
5.3. EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS.....	25
5.4. BANHO DE CHUVEIRO.....	25
5.5. BOLA DE BOBAT.....	26
5.6. CAVALINHO.....	26
5.7. BANQUINHO NO FORMATO DE U.....	27
<b>6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO AOS ENFERMEIROS PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO .....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento da parturiente na chegada à maternidade e durante toda a evolução do trabalho de parto e parto é de fundamental importância para o sucesso no processo de nascimento.

Diante disso, os Protocolos Assistenciais são essenciais para garantia da sistematização dos cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição. Os quais garantem a mulher uma assistência de enfermagem de qualidade e segura, pois permite ao corpo de enfermagem aprimorar a assistência humanizada para a coordenação dos cuidados de enfermagem. Desse modo, o ambiente hospitalar torna-se mais agradável, a mulher sente-se segura e o profissional de enfermagem pode desempenhar um cuidado eficaz.

Os Protocolos Assistenciais descrevem situações específicas de cuidado, que contém detalhes em relação ao que se faz, quem faz e como se faz, orientando os profissionais (PIMENTA *et al.*, 2015). Assim, os protocolos assistenciais são ferramentas de gestão da qualidade e segurança, que buscam a excelência na prestação do serviço, pois contribuem com a redução de falhas assistenciais e conseqüentemente dos eventos adversos, de forma dinâmica e embasada nas evidências científicas e nas recomendações da OMS e MS a fim de garantir um processo de nascimento seguro.



## **2. ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO**

O acolhimento é uma ação de aproximação, a qual não se limita apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos, a fim de qualificar a atenção e potencializar o atendimento, o estabelecimento de vínculo e a promoção da saúde (PROCHNOW, *et al.*, 2009; BRASIL, 2014a).

Objetiva otimizar a admissão da mulher, sistematizando o atendimento de forma humanizada e segura.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Recepcionar a mulher, apresentando-se, informando seu nome e função e desejando-lhe boas-vindas;
- Conferir identificação da mulher por meio da pulseira de identificação, verificando nome completo;
- Encaminhar a mulher até o pré-parto, apresentando o ambiente onde permanecerá durante o trabalho de parto e parto, junto com o acompanhante de sua escolha;
- Solicitar permissão à mulher e informá-la dos procedimentos que necessitam serem realizados;
- Verificar o peso e a altura;
- Verificar os sinais vitais (SSVV): pressão arterial, pulso, respiração e temperatura axilar (atentar para as alterações);
- Colher uma pequena história observando: número de gestações, número de abortos, paridade, comorbidades (diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças neurológicas e outras), portadoras de alergias, uso de medicação rotineira;
- Proceder os registros em impressos próprios (folha de controle de SSVV e de anotação de enfermagem);
- Incluir o nome da mulher no livro de admissão do setor;
- Realizar a identificação no leito;
- Respeitar a individualidade;
- Garantir com meios possíveis a privacidade e conforto;
- Garantir a presença de acompanhante de escolha da mulher.

Cabe a enfermeira:

- Apresentar-se, informando nome e função;
- Solicitar permissão à mulher e informá-la dos procedimentos que necessitam serem realizados;
- Realizar anamnese observando: queixas, medos, expectativas, comorbidades, antecedentes obstétricos, complicações em gestações anteriores, data da última menstruação (DUM), dados e evolução da gestação atual, portadora de alergias e uso de medicação rotineira;
- Realizar exame clínico: verificar sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura axilar); avaliar as mucosas, ausculta cardiopulmonar, verificar a presença de edema ou varizes nos membros inferiores;
- Realizar avaliação obstétrica:
  - Mamas: Avaliar integridade, tipo de mamilos, produção de colostro;
  - Altura uterina: Padrão de referência curva de altura uterina para idade gestacional, sendo considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior e considerados parâmetros excessivos acima do percentil 90 e deficiente abaixo do percentil 10;
  - Batimentos cardíofetais (BCF): Os BCFs devem ser rítmicos, com frequência entre 120 e 160 batimentos por minuto, sem desacelerações. BCF < 100 bpm > 180 bpm, pode significar sofrimento fetal;
  - Dinâmica uterina: As contrações efetivas iniciam-se com frequência de 2 a 3 em 10 minutos, e duração de 40 segundos, chegando, ao final do período de dilatação, à frequência de 4 a 5 em 10 minutos, e duração de até 60 a 70 segundos;
  - Condição da bolsa amniótica, verificando perdas via vaginal (características, quantidade e há quanto tempo começou a perda, caso seja observado saída de líquido amniótico, deve-se caracterizá-lo quanto à presença de mecônio);
  - Exame vaginal se necessário, devem-se evitar toques vaginais repetidos.
- Verificar realização e resultados dos testes rápidos de Sífilis e HIV;

- Verificar realização e resultado de cultura para *Estreptococo* do grupo B (Beta-Hemolítico) – GBS: cultura positiva para GBS na gravidez atual = profilaxia da infecção neonatal;
- Verificar grupo sangüíneo e fator Rh;
- Realizar orientações em relação ao trabalho de parto e parto, métodos que auxiliam no alívio da dor e na sua evolução, e amamentação, sanando dúvidas, medos e anseios;
- Proceder aos registros em impresso próprio (instrumento proposto em anexo);
- Identificar os diagnósticos de enfermagem e realizar a prescrição de enfermagem via Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
- Respeitar a individualidade;
- Garantir com meios possíveis a privacidade e conforto;
- Garantir a presença de acompanhante de escolha da mulher;
- Verificar abertura de partograma em caso de trabalho de parto estabelecido (contrações uterinas regulares que iniciam-se com frequência de 2 a 3 em 10 minutos e dilatação progressiva do colo uterino a partir dos 4 cm).

O acolhimento (recepção, admissão, anamnese e exame físico), proporciona a avaliação do risco obstétrico, planejamento da assistência de enfermagem a ser prestada e inicia-se uma relação de confiança entre profissional e parturiente.

### **3. ACOLHIMENTO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E GINECOLÓGICO**

O acompanhante é um representante da rede social da parturiente que a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em benefício da parturiente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde, este pode ser representado por profissionais, companheiro, familiar ou amiga da parturiente (OMS, 1996; BRASIL, 2007).

Objetiva garantir a mulher um acompanhante de sua livre escolha que lhe ofereça apoio físico, emocional e ajuda a mulher em suas necessidades, devendo permanecer ao lado dela o tempo todo, sendo que esta prática foi garantida por meio da aprovação Lei nº 11.108/2005, em que as parturientes têm o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, visando não apenas à atenção humanizada, como também melhores desfechos maternos e neonatais.

Cabe ao profissional na função de apoio e/ou coringa:

- Recepcionar o acompanhante, apresentando-se, informando seu nome, função e desejando-lhe boas-vindas;
- Encaminhá-lo para a troca de roupa no vestiário e orientá-lo sobre o uso adequado dos trajes do CCOG (blusa, calça, gorro) e o uso do avental do acompanhante para sua identificação;
- Orientá-lo:
  - A lavar as mãos com água e sabão e após friccionar com álcool 70%. Repetir os mesmos passos antes e após o contato com a mulher e/ou bebê, para evitar infecção hospitalar;
  - Cuidar de seus objetos pessoais e dos de quem você acompanha, pois, a unidade não se responsabiliza por eles;
  - É permitida a entrada de material de higiene pessoal: sabonete, shampoo, creme dental, escova de dente, pente, desodorante e chinelo emborrachado;
  - Não transitar entre os leitos ou interferir nas condutas adotadas pela equipe de saúde a outras usuárias;

- Durante a realização de exames e procedimentos, poderá ser solicitada a sua saída do ambiente, para garantir a privacidade da mulher;
- Fotos no CCOG apenas são permitidas após o nascimento do bebê e filmagens não estão autorizadas;
- O uso de telefone celular deverá ser feito com discrição, devendo ser colocado no silencioso e ser usado somente no vestiário respeitando o ambiente;
- Não sentar, deitar nos leitos ou no chão;
- Deverá utilizar o banheiro no vestiário, pois os banheiros das enfermarias só podem ser utilizados pelas usuárias;
- Não se alimentar das refeições da usuária;
- Não é permitido fumar nas dependências internas do hospital (Lei nº 12.546/2011), estar alcoolizado ou sob efeito de outras drogas, assim como sair durante a noite;
- Trocar de acompanhante pode ser realizado nos horários das 08:00 às 08:30 horas, das 13:30 às 14:00 horas e das 20:00 às 20:30 horas.
- Direito às principais refeições que serão servidas no refeitório nos seguinte horários: almoço: de 12:00 às 12:30 e jantar: de 18:00 às 18:30;
- Apoiar e ajudar a mulher em suas necessidades, devendo permanecer ao lado dela o tempo todo.
- Preencher a declaração de acompanhante com os dados da parturiente, do acompanhante e solicitar a assinatura do mesmo.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Apresentar-se, informando nome e função;
- Valorizar a presença do acompanhante desde a entrada no pré-parto;
- Inserir-lo nos cuidados e garantir sua participação no processo de parturição.

A valorização da presença do acompanhante pelos profissionais de enfermagem deve ser demonstrada como recurso do cuidar à parturiente, pois

proporciona conforto e segurança, reduzindo ansiedades e temores, assim, tornando-se fator facilitador do trabalho de parto e parto.

#### **4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

O parto é definido como um fenômeno iniciado com as contrações uterinas do corpo gravídico até a dilatação total do colo e a total expulsão do feto, da placenta e das membranas (BRASIL, 2017).

Objetiva acompanhar e assistir a parturiente durante todo processo de parturição com base nas evidências científicas, respeitando sua fisiologia, estimulando o protagonismo, dando maior autonomia à mulher neste momento e incluindo o acompanhante neste processo, a fim de garantir as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e o processo de nascimento seguro.

Embora seja um processo contínuo, optou-se dividir em períodos a fim de sistematizar os cuidados de enfermagem.

##### **4.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO**

O primeiro período do trabalho de parto corresponde ao período de dilatação e apagamento do colo uterino. Na maioria dos casos e sem intervenções, as primíparas em trabalho de parto ativo atingirão o segundo período do parto em até 18 horas, com média de 8 horas e as multíparas em até 12 horas, com média de 5 horas (CARVALHO; LULA; OLIVEIRA, 2010; GOMES, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Dividi-se em duas fases, sendo:

- Fase de latência: caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
- Fase ativa: caracterizada por contrações uterinas regulares (mínimo de duas contrações em dez minutos de avaliação) e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm. Tendo nesta fase a indicação de internação para assistência.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Sempre se apresentar, informando nome e função, à parturiente e seu acompanhante se ainda não o tiver feito;

- Promover na medida do possível um ambiente com privacidade, tranquilo, com pouca luminosidade e seguro para a parturiente e seu acompanhante;
- Fornecer líquidos leves conforme prescrição médica;
- Preparar e administrar medicamentos, conforme prescrição, observando sinais e sintomas após a administração e segurança, conforme protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013);
- Explicar à parturiente, sempre, sobre os procedimentos que serão realizados, solicitando autorização;
- Monitorar os sinais vitais maternos a cada 6 horas (exceto nos casos de: hipertermia ou no rompimento das membranas, que exigem a verificação a cada 4 horas, hipertensão ou hipotensão e sempre que necessário);
- Acompanhar a enfermeira durante os procedimentos realizados com a parturiente, quando necessitarem de auxílio;
- Verificar perdas via vaginal, comunicando enfermeira e equipe médica;
- Dar apoio emocional e empático à parturiente e seu acompanhante durante o trabalho de parto;
- Estimular e auxiliar a parturiente a movimentar-se fora do leito (deambular, agachar, ficar semi-sentada, manter-se em decúbito lateral), de acordo com a aceitação da parturiente;
- Oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor de acordo com a aceitação da parturiente e período clínico do trabalho de parto (conforme descrito no item métodos não farmacológicos de alívio da dor);
- Comunicar enfermeira e equipe médica quando houver alguma intercorrência durante o trabalho de parto;
- Registrar em impresso próprio (folha de prescrição, controle de SSVV e anotação de enfermagem) todos os procedimentos/medicamentos realizados, as ocorrências e intercorrências com a parturiente;

Cabe a enfermeira:

- Sempre se apresentar, informando nome e função, à parturiente e seu acompanhante se ainda não o tiver feito;



- Explicar à parturiente, sempre, sobre os procedimentos que serão realizados, solicitando autorização;
- Realizar avaliação obstétrica:
  - Monitorar BCF, com intervalo de 30 minutos (se não realizado pela equipe médica);
  - Dinâmica uterina, com um intervalo de 1 hora (se não realizado pela equipe médica);
  - Condição da bolsa amniótica, verificando perdas via vaginal (características, quantidade, caso seja observado saída de líquido amniótico, deve-se caracterizá-lo quanto à presença de mecônio);
  - Exame vaginal, com intervalo de 4 horas (se não realizado pela equipe médica e se necessário);
  - Proceder aos registros em impresso próprio (instrumento proposto em anexo).
- Orientar e estimular a parturiente a uma atitude ativa, com movimentação durante o trabalho de parto, favorecendo as posições verticais e uso de métodos não invasivos para alívio da dor, de acordo com sua aceitação e período clínico do trabalho de parto (conforme descrito no item métodos não farmacológicos de alívio da dor);
- Informar a parturiente e seu acompanhante a progressão do trabalho de parto;
- Encorajar e incentivar a parturiente a cada progresso que fizer, assim como orientar o acompanhante que também o faça, isto a deixa mais segura e empoderada;
- Orientar a parturiente em relação à liberdade de escolha da posição mais confortável para ela no momento do parto, informando-a dos benefícios das posições não supinas (cócoras, semi-sentada, lateralizada, quatro apoios);
- Na suspeita de parada de progressão no primeiro período do trabalho de parto (quando durante a fase ativa do trabalho de parto, a progressão da dilatação cervical for inferior a 2 cm em 4 horas), oferecer suporte emocional, métodos para controle da dor, estimular movimentação e comunicar equipe médica;

- Comunicar equipe médica quando houver alguma intercorrência durante o trabalho de parto.

#### 4.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O segundo período (período expulsivo) inicia-se com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto (CARVALHO; LULA; OLIVEIRA, 2010; GOMES, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Dividi-se em duas fases, sendo:

- Fase inicial ou passiva: caracterizada pela presença de dilatação cervical completa com ausência de contrações expulsivas involuntárias (puxos maternos).
- Fase ativa: caracterizada pela dilatação cervical completa, polo cefálico fetal já é visível ou quando há contrações expulsivas involuntárias.

A duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho de parto para primíparas varia entre 0,5 até 2,5 horas sem analgesia e de 1 até 3 horas com analgesia e para multíparas até 1 hora sem analgesia e 2 horas com analgesia (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Cabe a equipe de enfermagem:

- DURANTE A FASE PASSIVA:

- Incentivar a parturiente a adotar a posição que achar mais confortável;
- Oferecer apoio emocional e métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Manter ambiente aquecido que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor (pré-parto, sala de parto, sala de cesárea e sala de atendimento ao recém-nascido);

- DURANTE A FASE ATIVA:

- Garantir privacidade no local do parto e na medida do possível condições de temperatura adequada (prevenir hipotermia do bebê), seguindo recomendações do profissional que está assistindo a parturiente;

- Auxiliar a parturiente no posicionamento adequado e de sua escolha, desencorajando-a a ficar em posição supina, decúbito horizontal, ou posição semi-supina;
- Abrir o material estéril no momento do parto e auxiliar o profissional no que for necessário;
- Oferecer incentivo positivo e freqüente à parturiente;
- Apoiar a realização de puxos espontâneos, evitando os puxos dirigidos, respeitando o desejo da parturiente em realizar o esforço expulsivo (em mulheres com analgesia, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser incentivado ativamente durante as contrações após 1 hora, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível);
- Estar atento à segurança da parturiente, pois com a intensificação das contrações no momento do parto, a parturiente pode expressar-se de forma mais agitada, emitindo gritos e gemidos, evitar não cerceá-la de suas expressões, oferecendo-lhe apoio e tranquilidade;
- Comunicar enfermeira quando houver alguma intercorrência.

Cabe a enfermeira:

- DURANTE A FASE PASSIVA:

- Incentivar a parturiente a adotar a posição que achar mais confortável;
- Oferecer apoio emocional e métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Monitorar BCF a cada 5 minutos antes e após as contrações (se não realizado pela equipe médica);
- Informar a parturiente e acompanhante sobre a progressão do trabalho de parto.

- DURANTE A FASE ATIVA:

- Monitorar BCF a cada 5 minutos antes e após as contrações (se não realizado pela equipe médica);
- Considerar falha de progresso após o início da fase ativa do segundo período do trabalho de parto quando: em primíparas este período durar mais de 2 horas e em múltíparas este período durar mais de 1 hora, comunicando médico chefe do plantão.

#### 4.3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O terceiro período do trabalho de parto é o período compreendido entre o nascimento do bebê e a saída completa da placenta, cordão e membranas (CARVALHO; LULA; OLIVEIRA, 2010; GOMES, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Existem duas abordagens para a assistência no terceiro período do trabalho de parto, sendo:

- Manejo passivo ou fisiológico: consiste em não utilizar ocitocina, clampeamento do cordão após parar a pulsação e aguardar a dequitação espontânea da placenta;
- Manejo ativo: consiste em utilizar ocitocina (10 unidades intramuscular administrada após desprendimento biacromial), clampeamento do cordão umbilical precocemente e tração controlada do cordão.

O manejo ativo está associado com menor duração do terceiro período e redução do risco de hemorragia materna (Intrapartum Care, 2014; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

O clampeamento do cordão umbilical deverá ser imediato na gestante HIV e HBsAg positivas com objetivo de reduzir a transmissão vertical e nas isoimunizadas pelo fator Rh com o objetivo de reduzir a passagem de anticorpos anti-Rh da classe IGG (BRASIL, 2014b).

É considerado normal que o terceiro período dure 30 minutos em caso de manejo ativo e 60 minutos em caso de manejo passivo (BRASIL, 2016).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Incentivar contato pele a pele do recém-nascido (RN) com a mãe e a manutenção da temperatura corporal, seguindo protocolo próprio do contato pele a pele;
- Incentivar a amamentação dentro da primeira hora após o nascimento se possível;
- Solicitar coleta de sangue do cordão quando tipagem sanguínea da mãe for: grupos sanguíneos com fator Rh negativo, grupo sanguíneo O e em casos específicos solicitado pelo pediatra;

- Administrar ocitocina 10 unidades intramuscular em região de deltóide;
- Observar condição física da parturiente, sugerir mudança de posição caso esteja desconfortável, cobri-la e aquecê-la juntamente com o recém nascido (em contato pele a pele com a mãe se em boas condições de nascimento);
- Auxiliar o profissional que esta assistindo a parturiente no que for necessário;
- Comunicar enfermeira quando houver alguma intercorrência;
- Receber placenta após dequitação, registrando os dados (utilizar carimbo) na folha de anotação de enfermagem, contendo: forma, peso, inserção e comprimento do cordão, seguindo protocolos próprios nos casos de envio para avaliação anatomopatológica ou incineração;
- Registrar dados do nascimento (utilizar carimbo) na folha de anotação de enfermagem e descrever todo o procedimento, identificando-se com nome legível, assinatura, carimbo e número do conselho de classe;
- Preencher saída de sala e aviso de cirurgia.
- Providenciar organização do ambiente e reposição de materiais.

Cabe a enfermeira:

- Observar condições físicas da parturiente e sangramento via vaginal, monitorando SSVV se necessário;
- Observar condições de nascimento do RN;
- Instalar acesso venoso calibroso, nos casos de hemorragia, retenção placentária ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher, informando a parturiente sobre a situação e os procedimentos previstos e comunicando médico chefe do plantão;
- Proceder aos registros em impresso próprio (instrumento proposto em anexo).

#### 4.4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O quarto período do trabalho de parto ou período de Greenberg inicia-se após a saída completa da placenta e membranas (CARVALHO; LULA; OLIVEIRA, 2010; GOMES, 2010; BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

É dividido em quatro fases típicas:

- Miotamponagem: acontece imediatamente após a expulsão da placenta, o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o pubis e a cicatriz umbilical e a retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia;
- Trombotamponagem: é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma intrauterino que recobre, de modo contínuo, a ferida aberta no sítio placentário;
- Indiferença miouterina: o útero apresenta-se apático e do ponto de vista dinâmico passa por fases de contração e relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue;
- Contração uterina fixa: o útero adquire maior *tonus* e assim se mantém geralmente decorrido uma hora após a dequitação. É período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Observar condições físicas da puérpera, monitorando SSVV;
- Avaliar involução uterina e sangramento via vaginal;
- Avaliar precocemente as condições emocionais da puérpera em resposta ao trabalho de parto e parto;
- Comunicar enfermeira quando houver alguma intercorrência;
- Auxiliar parturiente na higiene e troca de roupa, mantendo-a limpa e seca;
- Incentivar ingestão hídrica e alimentar, conforme aceitação;
- Administrar medicações conforme prescrição médica;

- Ajudar a puérpera e o recém-nascido no processo do aleitamento materno;
- Incentivar o vínculo da tríade (mãe, acompanhante e RN);
- Registrar procedimento no livro de admissão/procedimentos do setor;
- Registrar a avaliação realizada em formulário próprio (folha de controle de SSVV e de anotação de enfermagem);
- Encaminhar puérpera e RN para alojamento conjunto após alta do CCOG.

Cabe a enfermeira:

- Observar condições físicas da parturiente;
- Avaliar involução uterina e sangramento via vaginal;
- Comunicar equipe médica quando houver alguma intercorrência;
- Preencher declaração de nascido vivo (DNV) em tempo oportuno, registrando no livro de DNVs e planilhas;
- Anotar número da DNV na carteirinha do RN;
- Proceder aos registros em impresso próprio (instrumento proposto em anexo).

## 5. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são ferramentas importantes e com comprovação científica utilizadas durante o trabalho de parto para ajudar as mulheres a suportar a dor, envolvem fatores emocionais, sensoriais, ambientais e existenciais. Esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, que envolvem tecnologias de cuidado para a prática de enfermagem, não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher, sendo, portanto recomendados por serem seguros e menos invasivos (OMS, 1996; GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013; BRASIL, 2016).

Objetiva favorecer a evolução do trabalho de parto, proporcionar alívio da dor, possibilitar a participação ativa do acompanhante e principalmente da mulher durante o seu processo de parturição, garantindo-lhe o protagonismo.

Aqui serão mencionados os métodos não farmacológicos disponíveis no CCOG e que apresentam considerável eficácia no auxílio a mulher durante o trabalho de parto, de acordo com a literatura pesquisada, são eles:

### 5.1. DEAMBULAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO

A deambulação e as mudanças de posição durante o trabalho de parto constituem medida de conforto extremamente útil. Mudar de posição a cada 30 minutos (sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, deitando-se, ficando de quatro) ajuda: a aliviar a dor, a acelerar o trabalho de parto (acrescenta os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve) e facilitar a rotação fetal (altera o alinhamento da parte da apresentação com a pelve), pois exercem efeitos profundos sobre a atividade e a eficiência uterina (OMS, 1996; GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013; BALASKAS, 2015; BRASIL, 2016).



Cabe a equipe de enfermagem:

- Incentivar a deambulação e mudança de posição durante a fase de latência e a fase ativa inicial do trabalho de parto (contrações mais efetivas e que pode abreviar o trabalho de parto e reduzir a dor);
- Incentivar durante o segundo período do trabalho de parto as posições verticais: em pé, de joelhos, sentada, sentada em mais de 60° em relação à horizontal, de cócoras ou quatro apoios (redução do segundo período, da dor intensa e das alterações do BCF);
- Respeitar a escolha da parturiente e não usar imposições.

## 5.2. MASSAGENS CORPORAIS

A massagem é um método de estimulação sensorial, tem o potencial de promover alívio da dor, proporcionar contato físico, promovendo o relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. A massagem pode adquirir a forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. Podem-se usar as pontas dos dedos, as mãos ou vários aparelhos que rolam, vibram ou pressionam, pois as várias formas de massagem estimulam diferentes receptores sensoriais (GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013; BALASKAS, 2015; BRASIL, 2016).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Orientar o acompanhante para realização da massagem em região lombar durante as contrações (promove o alívio da dor) e nos ombros, panturrilhas ou outro lugar que a parturiente desejar nos intervalos das contrações (promove o relaxamento devido tensão muscular no trabalho de parto), se assim a parturiente desejar;
- Respeitar o desejo da parturiente e não usar imposições.

### 5.3. EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O<sub>2</sub>, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade (GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013; BALASKAS, 2015).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Orientar a parturiente a manter no primeiro período do trabalho de parto, durante as contrações uterinas, respiração torácica lenta com inspiração profunda pelo nariz e expiração profunda pela boca;
- Orientar a parturiente a manter no segundo período do trabalho de parto, nos intervalos das contrações uterinas, respiração torácica lenta com inspiração profunda pelo nariz e expiração profunda pela boca.
- Estimular a participação do acompanhante.

### 5.4. BANHO DE CHUVEIRO

A água aquecida promove a vasodilatação periférica, redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular e por meio da elevação das endorfinas, reduz a ansiedade e promove a satisfação da parturiente (GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013; BALASKAS, 2015; BRASIL, 2016).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Oferecer o banho de chuveiro;
- Encaminhar a parturiente para o banho na fase ativa do trabalho de parto (caracterizada por contrações uterinas regulares, mínimo de duas contrações em dez minutos de avaliação e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm), conforme aceitação;
- Orientar a parturiente que permaneça no mínimo 20 minutos com a ducha sobre a região dolorosa (região lombar ou abdome inferior);
- Estimular a participação do acompanhante;
- Respeitar o desejo da parturiente e não usar imposições.

### 5.5. BOLA DE BOBAT

A bola é um recurso em que a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto, sendo que proporciona relaxamento da musculatura lombar e perineal através da massagem do assoalho pélvico, permitindo movimentar as articulações do quadril e região lombar. Os exercícios auxiliam na rotação e descida fetal, na diminuição da sensação dolorosa, aumenta a dinâmica uterina e a dilatação do colo uterino e melhora o aporte de oxigênio para o feto (GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011; MOTA E SILVA, *et al.*, 2011; DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Oferecer a parturiente o uso da bola, forrando-a com um lençol limpo, conforme a aceitação;
- Auxiliar a parturiente a sentar com os membros inferiores abertos e os pés totalmente apoiados no chão para lhe dar mais conforto e segurança;
- Orientar a parturiente e acompanhante os dois exercícios indicados no momento do trabalho de parto com o uso da bola (a bola pode ser usada embaixo do chuveiro, associada aos exercícios respiratórios, especialmente no momento das contrações) que são:
  - Movimentos circular da bacia, como se rebolesse em cima da bola;
  - Movimentos para frente e para trás, mobilizando somente a bacia;
- Estimular a participação do acompanhante e orientá-lo a fim de evitar queda;
- Realizar a desinfecção com álcool 70%, após cada uso.

### 5.6. CAVALINHO

O “cavalinho” é um equipamento cuja utilização visa o relaxamento, aumento da dilatação e a diminuição da dor. O “cavalinho” é semelhante a uma

cadeira com assento invertido, onde a gestante apóia o tórax e os braços jogando o peso para frente e aliviando as costas (GOMES, 2010; DA SILVA; STRAPASSON; DOS SANTOS FISCHER, 2011).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Oferecer a parturiente o uso do cavalinho, forrando-o com um lençol limpo, conforme a aceitação;
- Auxiliar a parturiente a sentar com os membros inferiores abertos e os pés apoiados para lhe dar mais conforto e segurança;
- Orientar a parturiente e acompanhante a realizar movimentos para frente e para trás com o uso do cavalinho (durante as contrações, a parturiente também pode receber massagem);
- Estimular a participação do acompanhante e orientá-lo a fim de evitar queda;
- Realizar a desinfecção com álcool 70%, após cada uso.

#### 5.7. BANQUINHO NO FORMATO DE U

O "banquinho no formato de U" é um equipamento cuja utilização visa auxiliar a finalização da descida e rotação fetal. Ao ser utilizado, deixa livre a região vulvar e perineal. A indicação para o uso se dá quando a mulher atingir os 8 cm de dilatação e o feto ainda necessitar fazer o processo de descida. Este, quando em formato apropriado, pode também ser utilizado para o momento do nascimento (GOMES, 2010; GALLO, *et al.*, 2011).

Cabe a equipe de enfermagem:

- Oferecer a parturiente o uso do banquinho, forrando-o, conforme a aceitação;
- Auxiliar a parturiente a sentar com os membros inferiores abertos e os pés apoiados no chão para lhe dar mais conforto e segurança;
- Estimular a participação do acompanhante e orientá-lo a fim de evitar queda;
- Realizar a desinfecção com álcool 70%, após cada uso.

## 6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A assistência deve basear-se em cuidados contínuos e de complexidade crescente, tendo em vista as boas práticas de atenção humanizada ao RN (GOMES, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014b).

Objetiva garantir ao RN condições que auxiliem em sua adaptação fora do útero, a fim de manter temperatura corporal, promover o vínculo mãe-bebê, estimular precocemente o aleitamento materno, prevenir a oftalmia gonocócica, prevenir a doença hemorrágica, proteger o recém-nascido contra o vírus da Hepatite B, identificar parâmetros ao nascer (peso, estatura, perímetros cefálico e torácico) e intervir imediatamente nos casos em que apresentem condições que coloquem em risco suas vidas.

Cabe a equipe de enfermagem:

- Registrar a impressão digital da mãe em ficha clínica pediátrica;
- Manter berço aquecido, aspirador com sonda de aspiração e compressa sobre o berço;
- Manter material para reanimação preparado, testado e disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento, caso o RN venha necessitar de reanimação neonatal. Esse material é destinado à:
  - Manutenção da temperatura: manter de fácil acesso saco plástico e touca;
  - Aspiração de vias aéreas: manter aspirador com sonda de aspiração montado e dispositivo para aspiração de mecônio (segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016), somente é indicada a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da tráqueia sob visualização direta utilizando o dispositivo para aspiração de mecônio quando RN apresentar apnéia, respiração irregular e/ou FC < 100bpm sem melhora após 30 segundos de ventilação efetiva e com forte suspeita de obstrução de vias aéreas);

- Ventilação: manter ressuscitador Babypuff e ambú montado com máscara, blender para mistura oxigênio/ar, oxímetro de pulso com sensor neonatal, cânula endotraqueal (2,5, 3,0, 3,5 e 4,0) em gelox (protegido com plástico), laringoscópio com lâmina reta (00, 0 e 1), e fixação de cânula endotraqueal;
- Administração de medicações: manter maleta contendo medicamentos de emergência disponível;
- Incentivar o contato pele a pele imediato e estimular o aleitamento materno ao nascimento e durante toda primeira hora de vida (exceto em casos de mães HIV positivas) se possível;
- Manter a temperatura do ambiente em torno de 26 graus para evitar a perda de calor do RN;
- Auxiliar o pediatra no que for necessário, assim que o mesmo conduzir o RN para o berço aquecido;
- Identificar o RN com pulseira em tornozelo direito, constando nome e registro da mãe;
- Registrar a impressão plantar do RN em carteirinha e ficha clínica pediátrica;
- Lavar as mãos, instilar uma gota de nitrato de prata a 1% no saco conjuntival do RN (na pálpebra inferior), não permitir que a embalagem do colírio toque no olho do RN, manipular cuidadosamente as pálpebras para espalhar a gota e retirar o excesso de nitrato de prata a 1% das pálpebras e da pele ao redor dos olhos com gaze embebida em água esterilizada;
- Lavar as mãos, aspirar 0,1ml de vitamina K em seringa de 1ml com agulha descartável 13x4,5, realizar antisepsia do músculo vastolateral direito com algodão embebido em álcool a 70% e administrar via intramuscular (a aplicação em outros locais poderá ocasionar necrose, por não haver tecido suficiente para absorver o medicamento e padronizar a coxa direita para administração da vitamina K para posterior controle em caso de intercorrências), realizar pequena pressão com o algodão após retirar a agulha;
- Lavar as mãos, aspirar 0,5 ml de vacina da Hepatite B (Engerix) em seringa de 3ml com agulha descartável de aspiração, trocar agulha,

realizar antissepsia do músculo vastolateral esquerdo e administrar pela via intramuscular com agulha descartável 13x4,5 (padronizar a coxa esquerda para administração da vacina de Hepatite B para posterior controle em caso de intercorrências), realizar pequena pressão no local com o algodão, ao retirar a agulha, registrar no cartão de vacinação;

- Manter a área do coto umbilical limpa e seca preferencialmente fora da área de fralda;
- Manter RN aquecido com touca e envolto a cueiro e cobertor. O intervalo mínimo entre o nascimento e primeiro banho deve ser de 6 horas a fim de prevenir a perda de calor (exceto o RN de mãe com HIV e HBsAg positivo) e a limpeza da pele do RN com óleos e loções é contraindicada, pois retira a proteção natural da pele;
- Após realizar os procedimentos neonatais de rotina, reconduzir o RN à sua mãe, sempre que possível;
- Ajudar à mãe a começar a amamentar, preferencialmente dentro da primeira hora após o nascimento e estimular o RN a explorar o seio da mãe (sugar na primeira hora após o nascimento forma vínculo, facilita o processo do aleitamento materno e provoca liberação do hormônio ocitocina, que irá atuar tanto na ejeção do leite quanto na contração uterina, diminuindo a perda sanguínea).
- Registrar dados do nascimento (utilizar carimbo) na folha de anotação de enfermagem do RN e descrever todo o procedimento, identificando-se com nome legível, assinatura, carimbo e número do conselho de classe;
- Proceder o registro do nascimento no livro do RN e encaminhamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Liberar mãe e RN, juntos sempre que possível, e encaminhá-los ao alojamento conjunto;
- Incentivar mãe de RN de risco a comparecer na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, visando o aleitamento materno ou a expressão manual do leite o mais precocemente possível, de acordo com cada caso.

Cabe a enfermeira:

- Avaliar condições de nascimento do RN;
- Auxiliar no atendimento de urgência e emergência caso o RN venha necessitar de reanimação neonatal;
- Preencher declaração de nascido vivo (DNV) em tempo oportuno, registrando no livro de DNVs e planilhas;
- Anotar número da DNV na carteirinha do RN.
- Proceder aos registros em impresso próprio (instrumento proposto em anexo).



## REFERÊNCIAS

BALASKAS, J. **Parto Ativo: guia prático para o parto normal** (a história e a filosofia de uma revolução). 3. ed. São Paulo: Ground, 2015.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 18 agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita\\_acompanhante\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf). Acesso em: 08 agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itens-doacervo/files/ambiencia.pdf>. Acesso em: 09 abril 2107.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: DF, 2011. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v4.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v4.pdf). Acesso em: 15 agosto 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 13 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf). Acesso em: 08 agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no Sistema Único de Saúde**. Portaria nº 371 de 7 maio de 2014b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html). Acesso em 07 agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 08 abril 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes\\_PartoNormal\\_VersaoReduzida\\_FINAL.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf). Acesso em: 08 abril 2017.

CARVALHO, G. M.; LULA, H. M.; OLIVEIRA, L. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. **São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora**, 2010.

DA SILVA, E. F.; STRAPASSON, M. R.; DOS SANTOS FISCHER, A. C. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 261-271, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2526/1640>. Acesso em: 12 agosto 2017.

DE OLIVEIRA, D. A. et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 5, p. 4161-4170, 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf\\_2608](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608). Acesso em: 12 agosto 2017.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2017.

GOMES, M. L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. **Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 2010. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/027.pdf>. Acesso em: 05 agosto 2017.

Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>. Acesso em: 15 agosto 2017.

Lei Antifumo. Lei 12 546/2011. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/leiantifumo/index.html>. Acesso em: 21 agosto 2017.

MOTA E SILVA, L. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v24/n5/v24n5a10.pdf>. Acesso em: 05 agosto 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra OMS, 1996.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2017.

PROCHNOW, A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 11, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5347/6555>. Acesso em: 11 agosto 2017.

Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. [online]. São Paulo; 2016. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em: 12 novembro 2017.

## APÊNDICE – INSTRUMENTO AOS ENFERMEIROS PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico

### ADMISSÃO NO PRÉ-PARTO

Cliente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Raça: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Gravidez Planejada: SIM( ) NÃO( ) Motivo Internação: \_\_\_\_\_  
 Tipagem Sanguínea: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_ Realizou Pré-Natal: SIM( ) NÃO( )  
 Gesta: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_ EC: \_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_ semanas  
 Nº Fetos: \_\_\_\_ Nº Consultas Pré-Natal: \_\_\_\_ Início Pré-Natal: \_\_\_\_ Plano de parto: SIM( ) NÃO( )  
 Testes Rápidos: HIV: R( ) NR( ) Não Realizado( ) SÍFILIS: R( ) NR( ) Não Realizado( )  
 Cultura para GBS: Negativa( ) Positiva( ) Não Realizada( )  
 Doenças Crônicas: SIM( ) NÃO( ) Quais: \_\_\_\_\_  
 Doenças na Gestação: SIM( ) NÃO( ) Quais: \_\_\_\_\_  
 Queixas: \_\_\_\_\_ Estado Geral: BEG( ) REG( ) MEG( )  
 Lesões de Pele: NÃO( ) SIM( ) \_\_\_\_\_ Edema de MMII: NÃO( ) SIM( ) \_\_\_\_/4+  
 Bolsa Amniótica: Inteira( ) Rota( ) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas  
 Movimentação Fetal: Presente( ) Ausente( ) BCF: Presente( ) Ausente( ) \_\_\_\_\_ bpm  
 Dinâmica Uterina: Presente( ) Ausente( ) \_\_\_\_\_ Dilatação Cervical: \_\_\_\_\_  
 SSVV: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm Temperatura: \_\_\_\_\_ °C SpO2 \_\_\_\_\_ %  
 Diagnósticos e Prescrição de Enfermagem: SIH  
 Observações: \_\_\_\_\_  
 Acompanhante: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_

Assinatura/ COREN

### DURANTE TRABALHO DE PARTO

Indução: NÃO( ) SIM( ) Medicação Utilizada: MISOPROSTOL( ) OCITOCINA( )  
 MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS PARA ALÍVIO DA DOR:  
 Deambulação( ) Mudança de posição( ) Massagens( ) Chuveiro( )  
 Bola de Bobat( ) Exercícios Respiratórios( ) Cavalinho( ) Banquinho( )  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Amniotomia: SIM( ) NÃO( ) Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas  
 Características: Claro( ) Claro com Grumos( ) Meconial fluido( ) Meconial Espesso( )  
 BCF sem Alterações: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Dinâmica Uterina Efetiva: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Dilatação Cervical em Progressão: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Exames Realizados: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos Utilizados: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

Assinatura/ COREN

**TRANSPARTO****NORMAL** ( ) Fórceps: SIM( ) NÃO( )

Analgesia: SIM( ) NÃO( ) – Indicação: Profissional( ) Desejo da parturiente( )

Posição do parto: Decúbito Dorsal( ) Semi-Sentada( ) Cócoras( ) Em Pé( ) Quatro Apoios( )

Chuveiro( ) Outro (cite): \_\_\_\_\_

Episiotomia: SIM( ) NÃO( ) Laceração: SIM( ) NÃO( ) Grau: 1º( ) 2º( ) 3º( ) 4º( )

Secção do cordão: Após para a pulsação: SIM( ) NÃO( ) Realizada por: \_\_\_\_\_

Contato pele a pele imediatamente após o nascimento:

NÃO( ) SIM – Menos de 60 minutos( ) SIM – Por 60 minutos( ) SIM – Mais de 60 minutos( )

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

Intercorrências: NÃO( ) SIM( ) Cite-as: \_\_\_\_\_

**CESÁREA** ( ) Sondagem Vesical: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_

Anestesia: Perí( ) Raqui( ) Perí/Raqui( ) Geral( ) Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

Intercorrências: NÃO( ) SIM( ) Cite-as: \_\_\_\_\_

**PLACENTA:** Única( ) Fundida( ) Íntegra( ) Não Íntegra( )

Dequitação: Espontânea( ) Manual( ) Retenção( ) Curagem/Curetagem( ) Outro: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

Inserção Cordão: Central( ) Lateral( ) Marginal( )

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

Intercorrências: NÃO( ) SIM( ) Cite-as: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ COREN**EVOLUÇÃO DO RN**

1- Hora nascimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas Sexo: F( ) M( ) Natívivo( ) Natimorto( ) Peso: \_\_\_\_\_g

Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Chorou: SIM( ) NÃO( ) Diurese: SIM( ) NÃO( ) Mecônio: SIM( ) NÃO( )

Aspiração: SIM( ) NÃO( ) Reanimação: SIM( ) NÃO( ) Realizado cateterismo umbilical: SIM( ) NÃO( )

Vacinas e/ou Imunoglobulinas: SIM( ) NÃO( ) Quais: \_\_\_\_\_

Lesões e/ou malformações: NÃO( ) SIM( ) Cite-as: \_\_\_\_\_

Amamentação na primeira hora de vida: SIM( ) NÃO( ) RN Encaminhado: Junto a mãe( ) UTI Neonatal( )

2- Hora nascimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas Sexo: F( ) M( ) Natívivo( ) Natimorto( ) Peso: \_\_\_\_\_g

Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Chorou: SIM( ) NÃO( ) Diurese: SIM( ) NÃO( ) Mecônio: SIM( ) NÃO( )

Aspiração: SIM( ) NÃO( ) Reanimação: SIM( ) NÃO( ) Realizado cateterismo umbilical: SIM( ) NÃO( )

Vacinas e/ou Imunoglobulinas: SIM( ) NÃO( ) Quais: \_\_\_\_\_

Lesões e/ou malformações: NÃO( ) SIM( ) Cite-as: \_\_\_\_\_

Amamentação na primeira hora de vida: SIM( ) NÃO( ) RN Encaminhado: Junto a mãe( ) UTI Neonatal( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura/ COREN

**EVOLUÇÃO PÓS-PARTO**

Queixas: \_\_\_\_\_ Estado Geral: BEG( ) REG( ) MEG( )  
 Mamilos: Planos( ) Invertidos( ) Normais( ) Presença de Colostro: SIM( ) NÃO( )  
 Involução Uterina: Útero contraído( ) Útero hipotônico( ) Lóquios: Pequena( ) Média( ) Grande( )  
 Curativo cirúrgico: Limpo e Seco( ) Trocado( ) Colocado RN para sugar: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Apresentou: Dor( ) Náuseas( ) Vômitos( ) Outras intercorrências: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_  
 SSVV: Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm Temperatura: \_\_\_\_ °C SpO2 \_\_\_\_ %  
 Intercorrências: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura/ COREN

**EVOLUÇÃO ALTA DO CCOG**

Estado Geral: BEG( ) REG( ) MEG( )  
 Involução Uterina: Útero contraído( ) Útero hipotônico( ) Lóquios: Pequena( ) Média( ) Grande( )  
 Curativo cirúrgico: Limpo e Seco( ) Trocado( ) Colocado RN para sugar: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Sonda Vesical de Demora: SIM( ) NÃO( ) Desprezada: NÃO( ) SIM( ) Volume: \_\_\_\_\_ ml  
 SSVV: Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm Temperatura: \_\_\_\_ °C SpO2 \_\_\_\_ %  
 Encaminhado prontuário completo da puérpera e medicação: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_  
 Encaminhado RN com pulseirinha e prontuário com carteirinha contando todos os registros: SIM( ) NÃO( ) \_\_\_\_\_

Destino da mãe e RN:

Mãe: Enfermaria 2º andar( ) Enfermaria 5º andar( ) UTI( )

RN: Encaminhado junto a mãe( ) UTI Neonatal( ) Outros: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

\_\_\_\_\_  
 Assinatura/ COREN

## ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

### INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

ITENS	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Sei/ Não se Aplica	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
	5	4	3	2	1
Restringe-se a ingestão hídrica e alimentar da parturiente durante o Trabalho de parto, rotineiramente.					
Utilizam-se meios alternativos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.					
Estimula-se a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.					
Reconheço no acompanhante uma barreira para o cuidado da parturiente.					
O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.					
Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante Trabalho de Parto e Parto.					
Utilizam-se rotineiramente métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.					
Estimulo a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto.					
Neste serviço se realiza ausculta de batimentos cardíacos a cada 30 min., rotineiramente.					
O partograma é utilizado rotineiramente para acompanhar o trabalho de parto.					
Neste serviço se oferece informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.					
Promove-se o contato cutâneo precoce entre mãe e filho, rotineiramente.					
Evita-se a realização rotineira de enema neste serviço.					
Evita-se a tricotomia rotineira, neste serviço.					
Utiliza-se a infusão intravenosa rotineiramente durante o trabalho de parto e parto, neste serviço.					
A ocitocina intravenosa é utilizada rotineiramente como forma de acelerar o TP, neste serviço.					
Estimula-se a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.					
Realiza-se a episiotomia rotineiramente neste serviço.					
Toques vaginais são realizados por mais de um profissional para avaliar o trabalho de parto.					
Aqui se realiza a manobra de Kristeller quando necessário.					
A amniotomia precoce é realizada rotineiramente neste serviço.					
As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.					
A parturiente é transferida para a sala de parto no momento do parto.					
As recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento são seguidas.					

FONTE: Adaptado de CARVALHO et al. (2015)

## ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição.

**Pesquisador:** Marilene Loewen Wall

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62119816.5.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.891.192

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado profissional em enfermagem intitulado Boas Práticas Obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição, de autoria da enfermeira mestranda Adriana Aparecida Piler, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Loewen Wall.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Construir com os profissionais de enfermagem protocolos assistenciais que norteiem o cuidado de enfermagem a paciente em processo de parturição embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

##### Objetivo Secundário:

Identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de enfermagem a paciente em processo de parturição.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** constrangimento ao participar das oficinas, devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas, podendo causar algum sentimento de mal estar. Caso isso

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





CENIC/UFPR

UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.891.192

ocorra, o participante poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

**Benefícios:** a compreensão por parte dos profissionais em relação às boas práticas obstétricas como forma de atualização e convergência com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS); desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem à paciente em processo de parturição, com aprimoramento da assistência humanizada à mulher com base nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, com a instituição de protocolos assistenciais para a coordenação do cuidado de enfermagem. No entanto, nem sempre o participante será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas sua participação poderá contribuir para o avanço científico.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Abordagem qualitativa da Pesquisa Convergente Assistencial.

Será realizada no Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG) de um hospital, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) de grande porte, situado no sul do Brasil.

Os participantes da pesquisa serão os profissionais de enfermagem do CCOG que prestam assistência de enfermagem direta e indireta à paciente em processo de parturição.

A coleta de dados será por meio de oficinas temáticas entre os profissionais de enfermagem que aceitarem participar da pesquisa. Nesta etapa serão discutidos temas relacionados aos cuidados de enfermagem à paciente em processo de parturição. Os temas trabalhados nas oficinas serão inicialmente identificados pelas pesquisadoras, então serão apresentados e definidos pelo grupo. O levantamento de dados durante as oficinas, juntamente com o referencial teórico baseando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, operacionalizará a construção dos protocolos assistenciais.

As oficinas serão audiogravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Durante as oficinas, também serão realizadas anotações em um diário de campo acerca das percepções gerais da pesquisadora. Estima-se que as oficinas terão duração de 1 (uma) hora.

Para análise dos dados qualitativos, serão seguidos os passos propostos por Creswell (2010, p. 219-224): Organização e preparação dos dados para a análise; Leitura dos dados; Codificação dos dados; Descrição dos dados; Representação da análise; Interpretação da análise.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 1.891.192

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências. Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813650.pdf	16/11/2016 12:39:11		Aceito
Outros	ROTEIRO_PARA_DESENVOLVER_AS_OFICINAS.docx	16/11/2016 12:34:41	adriana piler	Aceito
Outros	ANALISE_DE_MERITO.pdf	16/11/2016 12:34:12	adriana piler	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	16/11/2016 12:31:30	adriana piler	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/11/2016 12:30:33	adriana piler	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.docx	16/11/2016 12:29:52	adriana piler	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 1.891.192

Investigador	PROJETO.docx	16/11/2016 12:29:52	adriana piler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	16/11/2016 12:13:20	adriana piler	Aceito
Outros	QUALIFICACAO_DE_TODOS_OS_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 12:11:15	adriana piler	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_COM_A_PESQUISA.pdf	16/11/2016 12:09:13	adriana piler	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DOS_PESQUISADORES.pdf	16/11/2016 12:07:37	adriana piler	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO_DO_MATERIAL_E_OU_DADOS_COLETADOS.pdf	16/11/2016 12:05:58	adriana piler	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLICOS_OS_RESULTADOS.pdf	16/11/2016 12:02:00	adriana piler	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	16/11/2016 12:00:16	adriana piler	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDO_NA_PESQUISA.pdf	16/11/2016 11:58:41	adriana piler	Aceito
Outros	OFICIO_DO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	16/11/2016 11:56:08	adriana piler	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/11/2016 11:53:24	adriana piler	Aceito

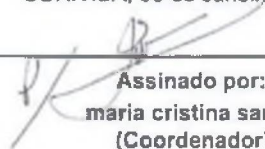
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 09 de Janeiro de 2017

  
 Assinado por:  
 maria cristina sartor  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br